



Donne di Frontiera, fare rete per le sfide del futuro

L'etica di impresa è la bottega dell'umanità



IN QUESTO NUMERO:

Seguici anche su:
www.aforp.it



Beppe Marchitelli

Un netto no al regionalismo differenziato in sanità

Pag. 2

Mario Conca

Il sistema sanitario è gravemente ammalato

Pag. 4

Nicola Lopane

Professionalizzazione degli acquirenti pubblici

Pag. 8

Alessandro Di Bello

InnovaPuglia, sempre al servizio della collettività

Pag. 12

Regione Puglia

Giancarlo Ruscitti lascia la Direzione del Dipartimento Promozione Salute.

Pag. 14

Prevenzione Asl Ba

Quarant'anni di salute

Pag. 15

Domenico Lagravinese

Minacciati da forme di autonomia devolutiva

Pag. 16

Filippo Anelli

Vogliamo una Sanità uguale per tutti

Pag. 18

Antonio Delvino

La comunicazione in sanità

Pag. 19

Donne di Frontiera

L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese

Pag. 24

L'autonomia delle regioni non può ledere norme generali dello Stato

Un netto no al regionalismo differenziato in sanità



di **BEPPE MARCHITELLI**
PRESIDENTE A.F.O.R.P.

 @Beppemarchitelli

Un anno fa, da queste pagine avevo posto all'attenzione dei lettori una cogente riflessione verso i primi accenni di qualcosa che stava per formalizzarsi, nell'indifferenza totale della classe politica e delle restanti Regioni, che solo successivamente si sono mostrate interessate all'argomento: la richiesta di autonomia differenziata da parte di tre regioni del nord.

Il 28 febbraio 2018, a solo quattro giorni dalle elezioni politiche, è stato firmato a Palazzo Chigi l'accordo sulla autonomia differenziata tra il Governo Gentiloni e le Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna. In quella circostanza è stato ricordato che era un primo passo e che anche Piemonte e Liguria si trovavano avanti con la stessa richiesta, per poi avviare la stessa trattativa anche la Campania e la Puglia.

E' stata definita una giornata storica, perché erano trascorsi 17 anni dal primo accordo per dare più autonomia alle Regioni. Un modello da esportare in tutte le Regioni, una opportunità senza più un nord o un sud, secondo l'Emilia Romagna, ma un'idea di territori più forti che non possono mai dimenticare quelli meno forti. Il Veneto a sua volta convinto che l'autonomia diventerà virale ed endemica.

Veneto e Lombardia hanno chiesto 23 competenze, l'Emilia-Romagna 12. Entrando nel merito dell'intesa delle prime tre regioni, sappiamo che sarà per 10 anni, sarà rinnovata e avrà un tagliando all'ottavo anno. L'Accordo firmato fissa la possibilità di ampliare il numero di competenze di cui si chiede la gestione diretta, modificando l'intesa prima che il testo definitivo diventi proposta di legge alle Camere.

Vi sono poi quattro allegati relativi alle materie, all'interno delle quali, vengono definiti i nuovi poteri della Regione: Politiche del lavoro, Istruzione, Salute, Tutela dell'ambiente e dell'ecosistema. Oltre un addendum sui rapporti internazionali e con l'UE. L'art. 116 della Costituzione Italiana prevede forme e condizioni particolari di autonomia....attribuite ad altre Regioni, con legge di Stato, su iniziativa della Regione interessata.... L'art. 117 chiarisce le materie di legislazione concorrente e senza citare oltre, richiama alla tutela della salute. 'attuale Contratto di Governo, pone come questione prioritaria, l'attribuzione per tutte le Regioni che lo richiedano, maggiore

autonomia in attuazione all'art. 116 della Costituzione, concludendo rapidamente le trattative già aperte.

Inoltre, il Contratto di Governo, in materia di sanità ritiene prioritario preservare l'attuale modello di gestione del SSN a finanziamento prevalentemente pubblico e tutelare il principio universalistico.

Solo con questi due assenti siamo davanti ad una discrasia.

Proseguendo, rispetto all'autonomia regionale, il Governo nazionale in sintesi, indica i LEA e la garanzia dell'adeguata erogazione dei servizi sanitari fatta dai sistemi regionali.

L'exkursus, per meglio comprendere le posizioni attuali di quanti operano in sanità a vario titolo e dei cittadini che utilizzano il SSR e vorrebbero continuare a farlo considerato il contributo che versano.

Eppure emerge un netto no al regionalismo differenziato in sanità.

Il diritto costituzionale alla salute non è discutibile, compresi i suoi propri valori, soprattutto l'universalismo e la solidarietà. L'autonomia delle regioni non può ledere

" L'attuale Contratto di Governo, pone come questione prioritaria, l'attribuzione per tutte le Regioni che lo richiedano, maggiore autonomia in attuazione all'art. 116 della Costituzione, concludendo rapidamente le trattative già aperte."

norme generali dello Stato. Come ritengono le professioni mediche e sanitarie, i gradi maggiori di autonomia che vengono riconosciuti alle regioni, devono restare nel quadro di perfezionamento universalistico delle leggi di principio dello Stato.

Per essere più espliciti, il rischio è che il regionalismo differenziato pone il problema della sopravvivenza del sistema universale. Lo affermano le federazioni delle professioni, che con il loro operare sono garanti dei diritti alle cure dei cittadini. L'autonomia differenziata come richiesta da Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, non è compatibile con le deontologie professionali e quindi, non è garantita l'universalità delle cure e la centralità del bisogno della persona.

Allora l'autonomia differenziata è ingiusta, perché accresce benessere in alcune regioni riducendolo in altre. Concetto condivisibile senza se e senza ma. Se è così è corretto affermare che è anche immorale!

Eppure le tre regioni pilota, hanno descritto il regionalismo differenziato come un'opportunità. Opportunità per chi? Un sistema che dagli anni '90 aveva già delle difficoltà; nel 1999 il Governo decide una riforma della

Costituzione dove si delegavano alle Regioni delle competenze, ma restava e resta lo Stato centrale, sia chiaro, a decidere la ripartizione e quanto finanziare nel Fondo sanitario nazionale.

Un metodo, un sistema che ha retto fino al 2009 perché il Pil era importante e il FSN cresceva al 4% ogni anno. Per non farci mancare nulla, in quel momento un altro Governo decide di abolire il Ministero della salute visto le deleghe alle Regioni, salvo poi tornare dopo due anni sui propri passi: cioè nuovamente Ministero della salute, che assume però una funzione di controllore.

Purtroppo le enormi differenze fra le regioni del nord e quelle del sud esistono e sono

evidenti. La Puglia ha fatto un risanamento profondo della sua capacità organizzativa, riesce ad autogovernarsi però al tempo stesso, sono interdette l'erogazione di determinate prestazioni che una Regione del Nord può avere e una Regione del Sud no. Qualche giorno fa, in un interessante convegno un passaggio di un relatore ha evidenziato che viviamo tempi difficili. Vero.

Si conferma la crisi demografica del Paese, destinata ad aggravarsi nei prossimi 20 anni e la frammentazione sociale. L'invecchiamento incrementa la prevalenza delle cronicità e della non autosufficienza.

Il SSN registra una generale riduzione dell'attività ospedaliera, più accentuata

ripartire da un Ministero della salute "che possa riappropriarsi delle politiche sanitarie" e "dall'assunzione delle regioni della doppia responsabilità: quella nei confronti dello Stato e quella nei confronti dei cittadini". E ancora "la risoluzione degli squilibri fra intere aree del Paese sono parte integrante di un responsabile ripensamento del Sistema al quale il Patto della salute può e deve contribuire".

Queste proposte datate sono di Agenas e in concreto, chiedevano che le Regioni avessero meno responsabilità e il Ministero della Salute potesse farsi carico delle politiche sanitarie per effettuare un riequilibrio centralista tra le diverse aree del Paese.



Giuseppe Marchitelli
 Presidente AFORP - Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia

nelle regioni in PdR, che originano costanti flussi di mobilità. Gli indicatori della griglia LEA e la mobilità interregionale confermano il divario Nord-Sud nel livello dei servizi. La spesa pubblica pro-capite in Italia è tra le più basse

(anche vs sistemi universalistici).

La spesa sanitaria delle famiglie è positivamente correlata alla qualità dei sistemi regionali, ma ancor di più alle variabili reddituali e socio-demografiche.

Sono decenni che si analizzano i modi per una vera riorganizzazione del SSN. Illustri interventi in rappresentanza delle istituzioni nazionali competenti, hanno detto anni or sono, che sarebbe stato indispensabile

Oggi si dice e si sta facendo esattamente il contrario.

Chi è che deve tener conto di quanti operano nella sanità, dei cittadini che hanno diritto alle cure indipendentemente dalla residenza?

Il tessuto imprenditoriale dell'intero Paese come può continuare a far fronte a questa deriva? Le PMI, già penalizzate da leggi farraginose che rendono indecifrabile il codice degli appalti, la centralizzazione che si dimostra non porta risparmi, ma minori investimenti ascoltano da una classe dirigente rassicurazioni. Va tutto bene Madama la marchesa.

Riformare il Servizio sanitario nazionale e regionale per una sanità più equa e giusta

Il sistema sanitario è gravemente ammalato

Mario Conca, Consigliere M5S della Regione Puglia, imprenditore prestato alla politica, da quattro anni si occupa soprattutto di sanità e svolge l'attività con competenza e passione.

Il suo telefono è sempre aperto e risponde alle continue richieste dei cittadini. Grazie al ricorrente e costante feed-back con i pugliesi, ha raggiunto un livello di popolarità e soprattutto di

anni, Lei ha sempre stigmatizzato situazioni incresciose che hanno riguardato il rapporto dei cittadini con la sanità pubblica. Come giudica il Servizio Sanitario regionale?

“Più che di Sistema sanitario regionale parlerei di sistema sanitario provinciale, con declinazioni, talvolta, distrettuali. Per quanto la Regione sia obbligata a erogare un livello unico di assistenza,

“Il problema più sentito dalla cittadinanza è quello della lista d'attesa, è indubbio. L'ultimo caso riguarda una signora di Taranto che ha trovato le agende chiuse e non potrà prenotare la visita specialistica. E' illegittimo chiudere le agende, così come previsto dalla legge 266/2005. Di fatto se per avere un intervento, devi aspettare due anni, tre anni oppure decidere di andare fuori re-



competenza in sanità. Sogna un Servizio sanitario regionale più equo, più giusto, con l'abbattimento delle liste d'attesa. Lamenta le differenze nell'erogazione delle prestazioni tra Asl e addirittura tra poli ospedalieri.

Si ritiene d'accordo sul frazionamento delle gare plurimilionarie, in linea con le norme comunitarie, che favoriscano la più ampia partecipazione delle piccole e medie imprese alle gare di appalto. “Intanto abbiamo smantellato la piccola impresa”, osserva il Consigliere pentastellato.

Consigliere Conca, in questi ultimi

ogni Asl, su molte questioni, si comporta autonomamente e diversamente perché manca il controllo e la guida da parte del dipartimento di salute. La percezione del sistema sanitario è appena sufficiente, anche se da molti cittadini è percepito come mediocre o insufficiente. Ci sono delle cose che funzionano, ma sono le eccezioni e non la regola”.

Lei, da sempre, si è occupato di liste di attesa e dei relativi gravi ritardi che creano malessere tra i pugliesi. Cosa c'è da fare per risolvere questa annosa questione?

gione in mobilità passiva, sopportando i costi sociali che questa trasferta comporta, è evidente che il sistema non funziona. Se invece per ottenere un intervento chirurgico, una visita specialistica o esami diagnostici in tempi ragionevoli tu sei costretto a pagarla, è evidente che questo è un problema immane, che da sempre mi porta ad essere favorevolissimo, previa riforma del sistema sanitario nazionale, all'abolizione della libera professione. L'Alpi ha creato disuguaglianze nonostante i cittadini paghino 4 volte per un sistema che non funziona. Lo pagano con il gettito fiscale che

alimenta il fondo sanitario regionale, lo pagano con il ticket e il super ticket, lo pagano con la libera professione (out of pocket), lo pagano con i costi sociali diretti e indiretti. E' evidente che il sistema sanitario è oggi gravemente ammalato, come se avesse la Leucemia.

Quando hai la Leucemia non puoi pensare che con la tachipirina puoi debellare la febbre persistente, hai bisogno di un trapianto di midollo per sperare di continuare a vivere. Ecco, i governanti a tutti i livelli si occupano di curare la sintomatologia e non le cause. Non si è compreso che se non si interverrà pesantemente sul Servizio sanitario nazionale e, indirettamente, su quello regionale, nel giro di cinque anni, i due sistemi non saranno più economicamente sostenibili e dovremo abbandonare

sono tantissime. Insomma, se spendiamo circa 340 milioni di euro in mobilità passiva, che è più di ciò che ci costano tutte le cliniche convenzionate ad eccezione dei tre enti ecclesiastici, è evidente che il mio giudizio è completamente negativo. Le cause sono diverse. Certamente le gravi responsabilità regionali dovute alla mancanza assoluta di controllo a tutti i livelli, l'inesistente controllo di gestione, la mancata programmazione con atti aziendali mai chiusi, ma soprattutto per responsabilità governative e ministeriali. A 41 anni dalla 833, di fatto si dovrebbero modificare tutte le leggi che si sono succedute a partire dalla legge 502/1992, alla legge 229/99, alla legge Balduzzi, al DM 70, al Contratto dei Medici, che devono portare ad una riforma più complessiva che salvi il pa-

contenitore vuoto e predisporre un appalto da 100 milioni di euro per far lavorare delle aziende per poi potersi fregiare del nuovo ospedale, è evidente che questo non basta. A due chilometri da casa mia esiste l'ospedale più nuovo di Puglia, l'ospedale della Murgia. Ci sono voluti diciannove anni per completarlo, neanche tanti se pensiamo ai 35 anni che ci sono voluti per il Sacro Cuore di Gallipoli, e ad aprile saranno cinque anni che è stato inaugurato in fretta e furia ma è ancora carente di quasi tutti i primari. Mancano reparti salvavita come la Stroke Unit e l'emodinamica, ma tante altre sono le cose sono abbandonate a se stesse o inutilizzate, quali il tunnel di lavaggio e la pista per l'elisoccorso. Mancano una sessantina di medici e un centinaio tra infermieri e



Mario Conca
 Consigliere regionale M5S Puglia

l'attuale modello, cosiddetto Beveridge, già oggi sempre meno solidaristico e universalistico, e saremo costretti al modello Bismarck, alla tedesca, oppure, peggio ancora, al mercato libero all'americana completamente assicurativo. Se a questo si aggiunge che bisogna attendere 9 mesi per una colonscopia oppure 5/8 mesi per una Pet, esami necessari per scongiurare diagnosi oncologiche o studiare tumori, il quadro è ancora più nero.

Non si fanno gli screening previsti dai Lea al Colon Retto, alla Cervice Uterina e per quello mammografico le criticità

ziente SSN".

Lei è d'accordo sulla chiusura dei piccoli ospedali per garantire nei poli ospedalieri migliore assistenza e più efficienti servizi al paziente? Cosa pensa dei nuovi ospedali in costruzione quali ad esempio quello di Monopoli-Fasano e San Cataldo di Taranto?

"Chi non sarebbe d'accordo nel farsi una casa nuova, una villa con piscina. E' chiaro che le cose belle piacciono a tutti, piacciono anche a me. Se fare un ospedale nuovo, però, vuol dire fare un

OSS. E' evidente che se facciamo nuovi ospedali, è come se comprassimo una Ferrari e poi non riuscissimo a trovare i soldi per metterci la benzina o pagare l'assicurazione.

Per quanto riguarda la chiusura dei piccoli ospedali sono d'accordo, ricordo che sono stati chiusi una quarantina di nosocomi negli ultimi dieci anni, ma prima di farlo c'è bisogno di aprire e portare a regime i PTA, che contengono gli stessi ospedali di comunità, strutturare il territorio sedotto e abbandonato.

Prima di chiudere altri ospedali, però, bisognerebbe riformare l'intero siste-

ma, anche se in verità il piano di riordino ospedaliero del 2016 è rimasto pressoché sulla carta, altrimenti sarà una tragedia per gli ospedali che rimarranno. Come? Passando al ruolo unico del medico e ripristinando, così, giustizia sociale all'interno della categoria. Ruolo unico del medico vuol dire che il pediatra di famiglia, il medico di base, la guardia medica o il 118ottista non devono più essere convenzionati. Dovrebbero essere assunti tutti alla dirigenza medica e a tutti loro dovrà essere elargito lo stesso stipendio, 5 mila euro netti mensili. Oggi ad un massimalista della medicina di base che con la convenzione, gli accordi integrativi regionali, le prestazioni domiciliari, il care Puglia, etc...può percepire fino a 10mila euro al mese. Il medico ospedaliero, invece, percepisce somme che

medici di famiglia, i pediatri, le guardie mediche, i medici del 118 che lo farebbero vivere h24 e 7 giorni su 7, un mini ospedale per i codici non urgenti. Per un paese come Gravina, ad esempio, che conta circa 50 medici, vorrebbe dire che per ogni turno nel vecchio ospedale di Via San Domenico ci sarebbe una compresenza di 8-9 medici, capaci di trattare i codici bianchi e codici verdi, la bassa complessità, che oggi grava e intasa gli ospedali per acuti. Tenendo conto che l'80% degli accessi ai pronto soccorsi è rappresentato da codici bianchi e codici verdi, vorrebbe dire che le attese estenuanti di 8-10 ore presso un pronto soccorso per acuti, sono oggi rappresentati da accessi inappropriati. Se si procedesse in tal senso, i pronto soccorsi gestirebbero soltanto i codici gialli e i codici rossi, addio estenuanti

al salvavita Fascicolo Sanitario Nazionale, etc... Dopodiché, chi più lavorerà più guadagnerà, percependo una quota del ticket, del drg e del nomenclatore tariffario per le ore di straordinario fino a poter guadagnare 10 mila euro o più al mese, al pari di un collega olandese. Stesse possibilità di arrotondamenti avranno infermieri, professioni sanitarie e medici del territorio. Chi vorrà continuare a guadagnare 700 mila euro l'anno nel pubblico, potrà licenziarsi e andare a lavorare nel privato, avere il piede in due scarpe farebbe comodo a noi tutti. Magicamente sparirebbero le liste d'attesa e le visite a pagamento rimarrebbero un lontano ricordo. Utopia? No, è già successo in Puglia nel 2014, precisamente nella radiologia di Trani, dove con un progetto che portava i tecnici di radiologia e i medici a lavo-



vanno da 2500 ai 3400 euro al mese, a seconda dell'anzianità di servizio, con maggiori responsabilità. Infatti l'ospedaliero è costretto a turni, reperibilità, pronte disponibilità, rischia il penale, rischia di essere malmenato, lavora anche a Natale e Capodanno, ma guadagna un terzo. È evidente che questa disparità, al netto delle croniche carenze, porta molti all'utilizzo distorto della libera professione, all'allungamento dei tempi di attesa, alla chiusura delle agende, perché chi per specializzarsi ha studiato più anni, non può e non vuole sentirsi di serie B e deve arrotondare. Una lotta di categoria neanche tanto celata che fa male alla salute e alle tasche degli assistiti, visto che ci sono medici che fatturano più di mezzo milione di euro all'anno di Intramoenia, a cui si aggiungono i 130 mila euro di struttura complessa.

Attualmente tutto è scaricato sull'ospedale perché non esiste altro, ma se si procedesse come indicavo poc'anzi, cosa accadrebbe al territorio?

Nei PTA andrebbero a turnare tutti i

attese al triage. Dopo aver adeguato tutta la rete dell'emergenza urgenza, con l'elisoccorso, con la rete STEN e STAM per il trasporto neonatale, con il trasporto bariatrico, con il soccorso in mare, a quel punto noi potremmo ridurre ancora il numero degli ospedali per acuti. Ne concentreremmo le specialità in pochi ospedali, ma che ti salvano la vita.

Prima di arrivare all'abolizione dell'intramoenia ed extramoenia, che in verità si trasformerebbe in una professione aggiuntiva interamente pubblica, bisogna fare una serie di passaggi propedeutici che vanno dal ruolo unico del medico, come vi dicevo, alla ridefinizione dei criteri di riparto per una equa ripartizione del fondo sanitario, all'adozione del numero alla francese e specialistica agganciata al fabbisogno epidemiologico e alla quiescenza per sopperire alla carenza oramai strutturale, all'abolizione dei vincoli assunzionali introdotti da Tremonti per tutte le figure sanitarie fermo restando il pareggio di bilancio, all'adeguamento dello stipendio netto per i dirigenti medici, all'abolizione del superticket, al Cup Unico Digitale,

rare dalle 8 alle 20, in pochi mesi si azzerarono le liste d'attesa. Contenti i pazienti, i tecnici e i medici che per mesi guadagnarono il doppio, senza pesare sulle casse pubbliche perché pagati con una parte del ticket che non finiva nel privato convenzionato. Com'è finì questa best practice? Fu boicottata e dismessa per i conflitti di interesse apicali che non riuscivano più a lucrare a sufficienza nel privato. Quando il pubblico funziona e rispetta i tempi di attesa, la gente lo preferisce sempre. Lestofanti. Se non si riformerà il sistema sanitario nazionale il soldato Ssn morirà e a quel punto dovremo farci l'assicurazione, che comunque non coprirà tutte le prestazioni e chi non potrà avere l'assicurazione finirà in un lazzaretto.

Il bene si piange quando si perde, questo è il mio monito".

Si ritiene d'accordo con l'orientamento espresso da Anac e dai diversi tribunali amministrativi i quali ci stanno dicendo che bisogna consentire la più ampia partecipazione delle imprese alle procedure di gare, per l'acquisi-

zione di bene e servizi affinché possano concorrere agli eventi competitivi, non venendo escluse per vincoli posti nei disciplinari gara, che tendono a favorire più le multinazionali che le piccole e medie imprese?

“Io non solo sono d'accordo, ma opero in tal senso. Faccio un esempio su tutto: quello della gara sul lavanolo, che ho seguito nell'ultimo anno ed è esemplificativo di quanto contenuto nel decreto legislativo n.50/2016 e nelle direttive comunitarie, dove si dice che va preservata la piccola e media impresa, per garantire a tutti la possibilità di partecipare a gare pubbliche. In realtà che cosa è successo? Si è invece preferito il lotto unico da 187 milioni di euro per consolidare oligopoli, di fatto sfaldando la piccola e media impresa. Su questa gara 'centralizzata' il Tar ha dato ragione al ricorrente contro la regione, InnovaPuglia è ricorso in Consiglio di Stato e si attende la sentenza, ma a prescindere da ciò, è evidente che quel lotto andavo frazionato in 7-8 lotti, come hanno fatto in Lazio, in Piemonte, etc.. Sulla gara del lavanolo, però, c'è anche un'altra stortura: se si opta per una gara centralizzata si dovrebbe garantire una qualità migliore ad un prezzo più conveniente per preservare le casse pubbliche. Neanche questo! Perché il prezzo è stato raddoppiato e quasi triplicato in base d'asta! Nel caso del lavanolo è aumentato del 71% rispetto all'attuale spesa, malgrado la regionalizzazione della gara. Furbescamente, a mio giudizio, hanno preso a riferimento dalla griglia Anac, il prezzo non idoneo dell'area chirurgica estendendola a tutte le aree sanitarie che per i 2/3 non sono chirurgiche. Ciò è tanto vero che, il 6 dicembre 2018, l'Anac mi ha risposto dandomi ragione e aprendo una procedura contro InnovaPuglia, che nel frattempo avrà argomentato o giustificato. A prescindere da quello che farà Anac, io sono certo che quella gara andrebbe annullata in autotutela, la base d'asta andrebbe abbassata di almeno 21 milioni di euro e andrebbe predisposta ex novo tenendo conto che il privato paga a consumo e, per la biancheria piana, 1,80 a giornata di degenza anziché i 4.20 euro messi a base d'asta. Stessa cosa è accaduta a livello statale con Consip, dove si è semplicemente centralizzata

la corruzione favorendo le multinazionali. Un esempio su tutti. La pubblica illuminazione delle città che passa per la francese Engie, che viene qui a vincere tramite Consip, Luce 3, prendendosi il denaro che avremmo dovuto far risparmiare ai cittadini con l'efficientamento energetico e togliendo il pane alle nostre imprese che, al massimo, devono accontentarsi del subappalto.

Il sistema è fatto per consolidare oligopoli, perché parlare con pochi stakeholder conviene alla politica clientelare di passo e alla burocrate stanziale”.

Ritiene che ci sia da riformare il codice degli appalti rendendolo più fluido perché le attuali procedure di gare sono complesse e disincentivano gli stessi funzionari pubblici ad avviare nuove procedure e si ricade spesso nelle proroghe per beni e servizi obsoleti che possano danneggiare il paziente?

“Questo lo denuncio da sempre. Dalla proroga per il rinnovo delle commissioni invalidi, alle proroghe nella ristorazione ad esempio. Nella Asl di Lecce ci sono proroghe che vanno avanti da 16 anni. In tutta la Puglia ci sono gare nella ristorazione in proroga da anni e lo sono anche per le gare della farmaceutica. Ci sono ausili protesici che noi paghiamo di più rispetto a quello che si potrebbe ottenere se si facesse la gara.

Ci sono farmaci brevettati che sono diventati off label ma che continuiamo a pagare perché manca la gara. Le case farmaceutiche non partecipano alla gara per i generici, perché preferiscono andare a contrattare per continuare a guadagnare di più. Nell'anno 2017 è intervenuto il nuovo DPCM che ha allargato e aggiornato i LEA, ma ad oggi mancano ancora i decreti attuativi. Di fatto, le tariffe riguardanti i dispositivi protesici di cui al nomenclatore tariffario, sono addirittura quelli del 1999. Nella gara per le tracheotomie, abbiamo fatto una gara da 26 milioni di euro dove il prezzo delle CPAP è triplicato. L'unica cosa che è diminuita è il quantitativo di ausili, cannule, filtri, metalline e mount da erogare ai pazienti debilitati, che ha portato ad uno scadimento della loro qualità di vita, e un ricorrere più frequentemente alla terapie inten-

sive. Quindi maggiori danni perché un giorno di terapia intensiva può costare fino a 2500 euro al giorno. Non solo abbiamo speso di più, quindi, ma abbiamo smantellato la piccola e media impresa e condannato gli assistiti. Per questo noi siamo da anni in piano di rientro e, faticosamente, ne stiamo uscendo. Ma a quale costo? Chiudendo le agende, allungando le liste di attesa di due anni per una mammografia, non dando seguito agli screening previsti per legge come quello mammografico della cervice del colon? Addirittura mancano i computer nei distretti e si chiudono gli ambulatori della specialistica ambulatoriale. Io ho fatto abolire la tariffa extralberghiera applicata nelle cliniche private, dove facevano pagare, non in tutte per fortuna, 10 euro al giorno di tariffa extra direttamente ai ricoverati. Costo anacronistico che insisteva dal 1993 e che ho denunciato pubblicamente facendo risparmiare tantissimo, si stimano 10 milioni all'anno, alle tasche dei pugliesi.

In conclusione vorrei dire che la salute dei cittadini non coincide con un conto economico, peraltro un pessimo conto, ma viene prima di ogni avanzo di amministrazione. Sarebbe troppo lungo spiegare la schizofrenia amministrativa che anziché aiutarci a far quadrare i conti, ci condanna a piani di rientro o programmi operativi infiniti”.

Qual'è la spinta ideale che la sostiene nei momenti più difficili della sua vita politica?

“Per me la politica vuol dire servizio. Le mie giornate le passo ad alleviare le difficoltà di qualcuno e soprattutto nell'essere da sprone alla politica di governo, per aiutarla a sbagliare meno eliminando qualche stortura. Fino ad oggi ho fatto risparmiare una quarantina di milioni di euro alle casse pubbliche e, soprattutto, ho dato risposte a migliaia di persone.

È solo grazie a questo che ho potuto addentrarmi nei meandri della burocrazia, la pratica vale molto più della teoria. Se mai avrò funzioni di governo saprò certamente dove mettere le mani, perché vivo in trincea tutti i giorni per cercare di lenire le sofferenze di taluni e battermi per i tanti diritti negati che il sistema spaccia come favori”.

Il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nel procurement Con la professionalizzazione degli acquirenti pubblici

di **NICOLA LOPANE**

Dirigente della Sezione Gestione Integrata Acquisti della Regione Puglia

La politica di coesione è la principale politica di investimento dell'Unione europea, che si pone l'obiettivo di rimuovere le disuguaglianze di sviluppo, incrementare le opportunità di crescita e inclusione sociale dei cittadini e promuovere la coesione economica fra i territori. Quasi

europea, responsabile per l'Occupazione, la crescita, gli investimenti e la competitività - abbiamo attribuito un ruolo centrale agli investimenti, in particolare attirando capitali privati con il piano di investimenti per l'Europa. Adesso vogliamo sfruttare appieno il potenziale degli appalti pubblici e garantire che i 2.000 miliardi di euro spesi ogni anno in servizi e prodotti pubblici diano impulso alla nostra economia, stimolino l'innovazione e contribuiscano a

ai loro figli; chi vive in città si aspetta un maggiore investimento nelle città intelligenti e sostenibili per una più alta qualità della vita, con percorsi ciclabili sicuri, piazze e parchi giochi costruiti con materiali sicuri e innovativi; gli utenti della strada si aspettano infrastrutture sicure e di alta qualità; i pazienti necessitano di un migliore accesso a un'assistenza sanitaria di maggiore qualità e si aspettano attrezzature mediche e strumenti diagnostici



la metà dei finanziamenti a favore della coesione è erogata tramite gli appalti pubblici. Nel periodo 2014-2020, l'Unione europea sta investendo quasi un terzo del bilancio complessivo dell'UE nelle regioni europee attraverso i fondi strutturali e di investimento europei, che mirano a promuovere la crescita economica, la creazione di posti di lavoro, la competitività e la riduzione delle disparità nel livello di sviluppo.

“Dall'inizio del nostro mandato nel novembre 2014 - ha affermato Jyrki Katainen, Vicepresidente della Commissione

raggiungere gli obiettivi di sostenibilità”. L'Unione europea, di fatto, incoraggia le autorità pubbliche a utilizzare gli appalti pubblici strategicamente, come strumento per migliorare l'utilizzo del denaro pubblico, contribuire ad una economia più innovativa, sostenibile, inclusiva e competitiva e garantire servizi pubblici di alta qualità.

“I cittadini europei - ammette la Commissione europea - si aspettano un equo ritorno sulle tasse versate, sotto forma di servizi pubblici di qualità. I genitori vorrebbero che le scuole servissero pasti sani

altamente innovativi”.

Nell'ambito della pubblica amministrazione, la gestione degli appalti pubblici rappresenta, di conseguenza, un settore in corso di modernizzazione, con particolare riguardo al processo di razionalizzazione e ottimizzazione della spesa pubblica.

L'esigenza di razionalizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e servizi per le amministrazioni pubbliche, e insieme di spending review, ha subito nuovo impulso con l'approvazione della Legge di stabilità 2016, attraverso la quale si è mirato a rafforzare il modello

organizzativo di aggregazione della spesa e centralizzazione degli acquisti di beni e servizi.

Il modello di aggregazione della spesa ideato dal legislatore appare rispondere alle logiche di trasparenza delle procedure (minimizzazione del rischio di corruzione), riduzione dei costi di transazione (amministrativi, contrattuali e di raccolta delle informazioni) dal lato della domanda, riduzione dei costi di transazione dal lato dell'offerta e minimizzazione degli incentivi a colludere da parte delle imprese. La logica di funzionamento del sistema "a rete" in cui coesistono attori a diversi livelli, nazionale e regionali, consente - inoltre - la minimizzazione degli svantaggi individuati per i sistemi fortemente centralizzati di aggregazione della

ni settori, come quello sanitario, in considerazione della peculiarità dei compiti assegnati alle istituzioni. Spesso, infatti, viene data evidenza solo all'aspetto della riduzione del prezzo, che pure risulta la chiave di volta per favorire l'approccio delle amministrazioni verso un sistema più efficiente per gli approvvigionamenti pubblici. Tuttavia, il discorso non può limitarsi alle - pur consistenti - economie di scala che possono essere ottenute attraverso la centralizzazione degli acquisti. Nodo centrale di un moderno approccio di public procurement è il governo dell'intera catena del valore degli acquisti pubblici, cioè di quella sequenza che parte dalla rilevazione del fabbisogno delle amministrazioni e - passando per l'analisi dell'offerta, l'ideazione e lo studio di fattibilità

bilanciamento tra la soddisfazione delle esigenze dei cittadini e l'impegno delle risorse pubbliche.

In un quadro di forte spinta alla razionalizzazione della spesa, come è quello attuale, la logica alla base degli acquisti pubblici è che il denaro debba essere speso "wisely and well", saggiamente e bene. Questa è l'essenza della spending review vista come strumento, non di puro taglio dei costi, bensì di razionalizzazione ed indirizzo della spesa attraverso la valutazione della sua qualità e l'individuazione delle aree di miglioramento.

L'appalto, dunque, non è solo l'esito del procedimento di affidamento; esso si inserisce in un processo più ampio che va dalla definizione degli obiettivi di mandato alla individuazione dei fabbisogni, per attuarli



spesa, quali gli eccessivi costi generali, la mancanza di informazioni ovvero la lentezza delle risposte alle esigenze rappresentate dalle unità locali, la possibilità del formarsi di oligopoli a causa di grandi volumi di acquisto o di barriere all'ingresso troppo alte.

La letteratura evidenzia, tuttavia, come nelle decisioni di centralizzazione degli acquisti sia un errore tener conto esclusivamente degli eventuali vantaggi economici: occorre considerare anche gli impatti sul funzionamento complessivo dell'organizzazione, specialmente in alcu-

di un'iniziativa, la procedura di gara - arriva fino al monitoraggio delle forniture. Lo scopo degli appalti pubblici è quello di acquisire dal mercato, alle migliori condizioni, le risorse (beni, servizi, lavori) non disponibili internamente, ma necessarie al funzionamento, mantenimento e gestione delle attività primarie (fornire servizi al cittadino seguendo le linee programmatiche da realizzare nel corso del mandato) ed ausiliarie (assicurare il funzionamento della struttura operativa).

La sfida è ottimizzare la qualità della spesa, ottenendo in modo sostenibile il

fino alla sua stessa esecuzione. L'affidamento è, quindi, di per sé solo un endoprocedimento di questo processo più ampio e complesso.

"L'attuazione di sistemi di appalti pubblici intelligenti adatti al 21° secolo - ammette la Commissione europea - richiede l'impegno e la determinazione a modernizzare, digitalizzare e professionalizzare". Per guidare il cambiamento, nell'ottica del miglioramento dell'efficacia del procurement pubblico, sono necessari - però - individui con le giuste competenze.

"La carenza di competenze nella pubblica

amministrazione - dichiara, senza troppi agiri di parole, Carlo Mochi Sismondi, presidente di FORUM PA - costituisce probabilmente il maggior freno ad una sua reale innovazione, sia istituzionale, sia organizzativa, sia infine tecnologica".

"La carenza di competenze adeguate - stigmatizza Sismondi - ha radici antiche: le assunzioni, fatte quando ancora si poteva assumere, erano comprensibilmente mirate alle necessità di una PA radicalmente diversa da quella che serve ora. Una PA che si occupava soprattutto di adempimenti, di autorizzazioni, di procedimenti amministrativi standard, di fornire servizi uguali per tutti con il massimo di qualità e velocità possibile, ma secondo un processo di tipo «fordista», dove la produttività poteva essere calcolata in qualcosa di simile ad unità di prodotto per tempo. Sono stati assunti così profili per lo più esecutivi (l'Italia ha il più basso tasso di laureati nella PA tra i Paesi europei) e le figure direttive sono state selezionate sulla base delle competenze giuridiche, immaginando che il Vangelo dell'amministrazione fosse il diritto amministrativo".

L'Italia, oggi, appare come un sistema iperburocratizzato e ipercentrista che enfatizza le procedure e perde di vista il raggiungimento degli obiettivi.

In un paese che non ha soldi da spreccare, è necessario ed urgente, pertanto, ripensare alla preparazione delle classi dirigenti, puntando non più sulla cultura del diritto ma sul management.

Il basso livello di professionalizzazione degli acquirenti pubblici è un problema sistemico, purtroppo, in molti Stati membri e un miglioramento delle competenze in tutte le fasi delle procedure di appalto è di vitale importanza.

In tema di utilizzo di denaro pubblico, però, è difficile distinguere l'incompetenza dal puro e semplice ladrocinio.

Ci hanno provato nel 2009 tre economisti italiani - Oriana Bandiera, Andrea Prat e Tommaso Valletta - con uno studio pubblicato sulla rivista accademica americana di economia peer reviewed, che non dà spazio quasi mai a articoli su un singolo Paese; il lavoro è diventato un caso internazionale perché i numeri sono eccezionali e sorprendenti.

I tre economisti hanno lavorato sugli acquisti di 21 prodotti generici, come benzina e stampanti, effettuati da parte di un campione rappresentativo di enti pubblici italiani nel periodo 2000-2005, analizzando gli scarti fra i prezzi ottenuti dagli enti stessi e quelli desunti dalla banca dati di Consip; nel periodo in riferimento, infatti, gli enti pubblici potevano acquistare beni generici attraverso due canali: da soli, in base alle norme sugli appalti, o attraverso un'agenzia centrale di approvvigionamento, Consip S.p.a..

Come spesso avviene anche in altri Paesi, lo stesso bene o servizio, nello stesso periodo, viene acquistato da più amministrazioni, ma a prezzi molto diversi.

I loro risultati sono quanto mai inattesi: in primo luogo hanno scoperto che se tutti gli uffici spendessero per gli stessi beni



come il 10% del campione più virtuoso, il risparmio che se ne otterrebbe ammonterebbe al 21 per cento della spesa complessiva ovvero all'1,6% del prodotto interno lordo; ma, soprattutto, lo studio usa un modello matematico per dividere l'incompetenza dalla disonestà. Secondo gli economisti italiani, delle risorse sprecate negli acquisti pubblici, l'83% è "spreco passivo", dovuto ad inefficienza per mancanza di professionalizzazione e incentivi, mentre solo il 17% è "spreco attivo", dovuto alla corruzione.

E' un risultato che, tutto sommato, deve far ben sperare: se la corruzione è qualcosa di lento e difficile da sradicare e richiede sforzi e riforme da cui aspettarsi ritorno solo nel medio-lungo periodo, l'incompetenza e l'inefficienza possono esse-

re rapidamente affrontate.

C'è un altro aspetto da sottolineare: l'incompetenza ha favorito la comparsa di nuove figure di "professionisti" del confezionamento ad hoc di bandi pubblici. Con la Prima Repubblica eravamo abituati al 'faccendiere', poi abbiamo scoperto il 'facilitatore', adesso siamo arrivati addirittura al 'prototipatore', l'esperto che mette a disposizione la propria competenza per cucire il bando su misura dell'azienda prescelta, con procedure apparentemente ineccepibili. Sono tutti segnali che la corruzione non solo non è episodica, ma ha compiuto un salto di qualità e si è fatta "sistema" in un contesto pubblico in cui prevale una cultura amministrativa più attenta agli atti ed alle forme che alla gestione e ai risultati.

"In Italia - accusa la Commissione europea - la corruzione risulta particolarmente lucrativa nella fase successiva all'aggiudicazione, soprattutto nei controlli di qualità e di completamento dei contratti. La Corte dei Conti ha più volte constatato la correttezza della gara, il rispetto delle procedure e l'aggiudicazione dell'appalto all'offerta economicamente più vantaggiosa, ma la qualità dei lavori (come anche quella delle forniture e dei servizi, aggiungo) è poi intenzionalmente compromessa nell'esecuzione".

La risposta ad un evidente deficit di competenze specifiche da parte dei buyer pubblici, però, non può essere il ricorso a "consulenti" esterni, ma l'accelerazione di percorsi formativi

mirati per il personale interno; solo così, peraltro, si persegue l'obiettivo comunitario della professionalizzazione.

"Le strategie di professionalizzazione - afferma la Commissione europea - sono fondamentali per disporre delle persone giuste, con le competenze e gli strumenti giusti, nel posto giusto e al momento giusto, al fine di ottenere i migliori risultati". La Commissione si è impegnata ad assistere gli stati membri nei loro sforzi volti a ideare e ad attuare tali strategie attraverso la raccomandazione (UE) 2017/1805 sulla professionalizzazione degli appalti pubblici, adottata il 3 ottobre 2017.

"Per garantire la massima efficienza nell'uso dei fondi pubblici - sostiene la Commissione - gli acquirenti pubblici dovrebbero essere in grado di approvvigi-

gionarsi secondo i più elevati standard di professionalità”.

“L’obiettivo della professionalizzazione degli appalti pubblici - secondo il considerando n. 5 della raccomandazione - deve essere inteso in senso ampio, in modo da riflettere il miglioramento complessivo dell’intera gamma di abilità, competenze, conoscenze ed esperienze professionali delle persone che svolgono o contribuiscono a svolgere compiti relativi alle procedure di appalto”; in tale contesto è compreso l’intero ambito di attività dei funzionari responsabili degli appalti pubblici coinvolti in qualsiasi fase della procedura, dall’individuazione delle necessità alla gestione dei contratti, sia che si trovino in amministrazioni centrali che in enti territoriali.

“Una politica di professionalizzazione efficace - secondo la Commissione europea - si dovrebbe basare su un approccio strategico globale articolato in tre obiettivi complementari:

1. sviluppare l’architettura politica adeguata per la professionalizzazione: per avere un impatto reale, è opportuno che ogni politica di professionalizzazione possa contare su un sostegno politico di alto livello. (...);
2. migliorare la formazione e la gestione delle carriere dei professionisti degli appalti pubblici: gli operatori nel settore degli appalti pubblici (...) devono possedere le qualifiche, la formazione, le competenze e l’esperienza necessarie al loro livello di responsabilità. (...);

3. fornire strumenti e metodologie atti a sostenere la pratica professionale degli appalti pubblici: gli operatori nel settore degli appalti pubblici devono essere dotati di strumenti e sostegno adeguati per agire in modo efficiente ed ottenere il miglior rapporto qualità/prezzo per ciascuna acquisizione. (...).”

Il nuovo Codice dei contratti pubblici orienta gli acquirenti pubblici verso una maggiore efficienza organizzativa e manageriale nelle modalità di gestione delle procedure di acquisto, delle politiche pubbliche volte alla realizzazione delle opere pubbliche e all’approvvigionamento di beni e servizi, potenzialmente in grado di migliorare la qualità dei servizi forniti dall’amministrazione e di favorire lo sviluppo del sistema economico. Pur in un contesto caratterizzato da limitatezza di fondi di investimento tradizionali, le nuove regole sono destinate a portare numerosi cambiamenti nell’organizzazione interna, nelle strategie di approccio al mercato, nelle procedure, nei ruoli e nelle responsabilità dei soggetti e nelle istituzioni coinvolte.

La multidisciplinarietà e l’interdisciplinarietà assumono un ruolo chiave nelle competenze dei soggetti coinvolti. Il nuovo impianto normativo impone una sempre maggiore conoscenza integrata di strumenti e metodologie di analisi, che implicano approfondite conoscenze giuridiche delle norme e della giurisprudenza (a livello nazionale e europeo), ma anche

maggiori competenze di tipo economico, tecnico, negoziale e di management. Il nuovo Codice stabilisce che soltanto le stazioni appaltanti “qualificate” possono promuovere procedure di approvvigionamento d’importo superiore ai 40 mila euro. La qualificazione sarà attribuita dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) che valuta, tra l’altro, la “presenza nella struttura organizzativa di dipendenti aventi specifiche competenze” in rapporto alle diverse fasi di acquisto. Per ottenere un sistema dei contratti pubblici più efficiente e più efficace, è necessario anzitutto un assetto normativo chiaro e stabile nel tempo, ma sono necessarie anche, e soprattutto, molteplici azioni di supporto alle amministrazioni, quali: la professionalizzazione delle strutture attraverso attività continue di aggiornamento e formazione, la standardizzazione dei documenti di gara e la condivisione delle migliori pratiche. Ciò al fine di condurre le stazioni appaltanti verso elevati standard di qualità e professionalità poiché i cittadini si aspettano un equo ritorno sulle tasse versate, sotto forma di servizi pubblici adeguati. Al fine di garantire la fornitura di servizi pubblici di alta qualità è necessario, pertanto, un approccio strategico all’approvvigionamento.

Ciò significa accreditare - accanto alla tradizionale cultura della legalità (quella sostanziale!) - la cultura dei risultati, che è poi la stessa cultura del servizio e del soddisfacimento dei bisogni della gente.

Con il soggetto aggregatore: risparmio, riduzione degli sprechi e trasparenza delle procedure

Sempre al servizio della collettività

“InnovaPuglia, oggi, riparte per un nuovo inizio al fianco della Regione con una mission rafforzata, ma sempre al servizio della collettività, partner per l’innovazione digitale e il procurement innovativo.” Così esordisce Alessandro Di Bello, direttore generale della società in-house, raccontandoci il nuovo quadro nel quale InnovaPuglia opera.

“A fine 2018 la Giunta Regionale ha definito un nuovo modello di gestione integrata degli acquisti che ci vede operare come CENTRO DI COMPETENZA e SOGGETTO AGGREGATORE della spesa con ripercussioni evolutive sulle

tive di acquisto e sviluppare quello di gestione, monitoraggio e controllo dei contratti per la loro corretta esecuzione.”

L’obiettivo finale è generare risparmi a vantaggio della comunità, razionalizzando la spesa pubblica attraverso l’aggregazione dei bisogni delle amministrazioni pubbliche e assicurando la trasparenza delle procedure attraverso la dematerializzazione del sistema di procurement.

L’azione del Soggetto aggregatore dal 2015 ad oggi ha prodotto l’elaborazione di 37 procedure di gara per un valo-

ad un’alta percentuale di contenziosi, come ad esempio quelle relative ai farmaci acquistati attraverso il Sistema dinamico d’acquisto, brevemente SDA, del valore di 3 miliardi e 600 mila euro in 4 anni, bandito il 16 novembre 2016.

Un Sistema Dinamico di Acquisto è un processo di acquisto di beni, servizi e lavori interamente elettronico, che consente di tracciare tutti i passaggi procedurali dell’appalto e garantisce totale trasparenza.

È una formula prevista dalla legge che, per snellire al massimo le procedure,



modalità organizzative della società” continua Di Bello.

“È evidente il rafforzamento del ruolo assegnatoci dalla Regione Puglia, con l’ampliamento del perimetro di azione, in termini di nuove categorie di spesa e di Enti serviti, e l’affidamento del management delle gare aggregate per il Servizio Sanitario Regionale (SSR) della regione Puglia. Conseguentemente, per noi diventa indispensabile potenziare il sistema di programmazione delle inizia-

re totale stimato di oltre 4 miliardi di euro, con una forte accelerazione nel periodo 2017-2018. 14 gare sono già state indette per un valore di oltre un miliardo, 11 sono attualmente in corso, con un valore stimato di circa 2 miliardi 250 milioni, infine altre 11 sono state già pianificate per il 2019, per un valore di ulteriori 500 milioni di euro.

Una procedura è sospesa in attesa di decisioni dall’ANAC. Le procedure sono particolarmente complesse e soggette

consente di pre-qualificare i fornitori e invitare gli stessi a successivi appalti specifici, in un arco temporale definito, per far fronte alle effettive esigenze di acquisto. In campo sanitario, grazie alla sua dinamicità, produce considerevoli risparmi permettendo, ad esempio, l’utilizzo più rapido dei farmaci equivalenti, meno costosi perché svincolati dai costi aggiuntivi dei brevetti giunti alla loro scadenza.

Dallo SDA farmaci sono attesi risparmi

complessivi di circa il 25% della spesa. Ad oggi sono stati già indetti 6 Appalti specifici per un valore a base d'asta pari a quasi 2 miliardi e mezzo di euro. Ciascun appalto è stato suddiviso in lotti, per un totale di 988 lotti rivolti a oltre 160 fornitori già qualificati.

Ad oggi sono stati aggiudicati 4 Appalti specifici per un totale di 788 lotti e un valore di 1.110.933.990,89 euro. Tutto questo praticamente si traduce nella stipula, già effettuata, di 157 convenzioni per la fornitura di 1.577 farmaci differenti per i quali gli Enti e le Aziende del SSR possono inviare ordinativi semplicemente utilizzando la piattaforma telematica di InnovaPuglia.

“Così si sta aggredendo la spesa sanitaria, la parte più rilevante del bilancio regionale – prosegue Di Bello - Ma la

nel Soggetto Aggregatore con l'apporto di capacità professionali generaliste (legali, tecnico-organizzative, merceologiche, ecc.), in grado di affrontare con un approccio sistemico il complesso processo di acquisizione di beni e servizi. Nel frattempo, investiremo anche sul consolidamento degli strumenti informatici a supporto, in particolare sulla piattaforma di e-procurement EmPULIA e la piattaforma e-learning per la formazione e l'aggiornamento continuo delle figure professionali, interne e regionali, indispensabili a una efficace gestione delle procedure d'acquisto.”

“L'azione del Soggetto aggregatore si affianca comunque alla più tradizionale mission di InnovaPuglia, storicamente legata alla promozione e allo sviluppo dei servizi innovativi ICT per il territorio e la PA.

dico di famiglia, gestione dei buoni per i celiaci, accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), lo strumento in grado di assicurare la continuità delle cure tra ospedale e territorio, tramite il collegamento di medici di famiglia, farmacie, specialisti ambulatoriali e ospedalieri, pronto soccorso, laboratori di analisi. Ad oggi sono attivi circa 48.000 Fascicoli Sanitari Elettronici e InnovaPuglia è al lavoro per completare i servizi di interoperabilità con le altre regioni e farne l'infrastruttura cardine per la presa in carico dei soggetti cronici e per la raccolta delle Disposizioni Anticipate di trattamento (DAT).

“Infine, non certo per importanza – ha concluso Di Bello – continua l'azione di stimolo della partecipazione delle PMI alle procedure di procurement innovativo, previste dalla legislazione comunita-



nuova focalizzazione della mission di InnovaPuglia, con una maggiore attenzione al Soggetto aggregatore, richiede anche un riposizionamento della società in -house.”

“Nel piano triennale di InnovaPuglia – ha annunciato il direttore generale - abbiamo previsto un significativo investimento sulle risorse umane, per adeguarle ai nuovi compiti.

A fine 2020 sarà concluso il potenziamento delle professionalità impegnate

Per la sanità InnovaPuglia ha curato dal 2009 la progettazione del complesso degli interventi finora realizzati, grazie ai quali oggi le strutture regionali sono in grado di analizzare le informazioni raccolte per finalità di governo e programmazione. L'interazione con i cittadini avviene attraverso il Portale e l'app PugliaSalute dove sono disponibili i servizi informativi e interattivi di prenotazione e disdetta di prestazioni, pagamento ticket, scelta e revoca del me-

ria, che rivoluzionano il modo in cui la Pubblica Amministrazione può acquisire prodotti e servizi.

In quest'ambito InnovaPuglia, collabora con l'ARES e, anche con il finanziamento della Commissione europea, fornisce supporto alle amministrazioni appaltanti nella conduzione degli appalti innovativi, in particolare per l'acquisizione di soluzioni derivanti dal mondo della ricerca per rispondere a problemi particolarmente complessi e sfidanti.”

Per motivi personali e familiari aveva la necessità di tornare nel Nord Est

Giancarlo Ruscitti lascia la Puglia

Giancarlo Ruscitti, dopo appena tre anni, lascia il Dipartimento Promozione della salute della Regione Puglia per andare a ricoprire il ruolo di dirigente del dipartimento salute e politiche sociali della Provincia di Trento. "Noi non abbiamo usato il bisturi, siamo stati dei chirurghi



plastici". Così rispose Giancarlo Ruscitti, nell'ultima intervista rilasciata a Vivilasanità, a proposito dei tagli e della chiusura di alcuni ospedali pugliesi. Poi si soffermò sui risultati raggiunti con la sua direzione. "La prima azione che abbiamo compiuto è stata quella di migliorare i LEA regionali. Siamo partiti da una situazione dei LEA che era molto inferiore alla sufficienza ed oggi, abbiamo riportato, i livelli di erogazione di assistenza della Puglia, alla media nazionale, intorno a 170.

La seconda garantire una riduzione della spesa farmaceutica impropria e inappropriata che costava alla Puglia tanti soldi, ma che non arrecava quei vantaggi sanitari e di benessere della popolazione. Quindi era una perdita economica con un danno anche potenziale. Noi invece abbiamo ridotto progressivamente e ormai siamo in media con il livello nazionale, per quello che riguarda l'indiretta e utilizzato questi fondi, come concordato con i ministeri, per aumentare l'occupazione nel pubblico e quindi

umentare la produzione.

Il terzo l'equilibrio di bilancio. Sono i tre cardini su cui ci siamo basati. Abbiamo chiuso il 2017 in attivo senza risorse aggiuntive, per il Ministero di Economia e finanze stimato che raggiungiamo, anche quest'anno - anno 2018 ndr - , senza risorse aggiuntive, l'equilibrio di bilancio e questo libera tante risorse che prima impegnava la Regione Puglia".

Il nuovo incarico in Trentino, gli è stato conferito con una delibera proposta dal presidente della Provincia di Trento Maurizio Fugatti. Ruscitti è stato selezionato fra una quindicina di candidature pervenute al bando indetto dalla Provincia. "Si tratta - ha detto il presidente Fugatti - di un alto funzionario che ha rapporti a livello nazionale, ministeriale, con le regioni. La sua richiesta di venire in Trentino è per noi un forte valore aggiunto alla nostra struttura sanitaria, la sua competenza è indiscussa e il suo curriculum socio-sanitario è di livello nazionale".

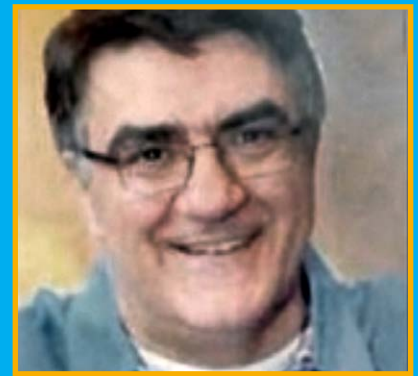
Il suo compito "sarà quello di dare una forte caratterizzazione all'assessorato provinciale alla salute e politiche sociali", ha aggiunto Fugatti. Ruscitti era stato nominato a capo della Sanità pugliese nel 2016, dopo essere stato alla guida dell'Aress.

Il Presidente Emiliano, in una nota, sulla decisione di Ruscitti, ha affermato quanto segue. "Ringrazio Giancarlo Ruscitti per il lavoro svolto nell'interesse della Regione Puglia. Sono sicuro che farà lo stesso nel suo nuovo ruolo per conto della Provincia di Trento".

Anche Ruscitti si è congedato dal Presi-

dente Emiliano con una lettera. "Sai da tempo che per motivi personali e familiari avevo la necessità di tornare nel Nord Est. I risultati ottenuti in campo Sanitario e Sociale sono la testimonianza di un lavoro di gruppo forte e intelligente, che continuerà sicuramente a migliorare ed a conseguire risultati ancora più importanti. Quanto è stato programmato e realizzato continuerà ad essere la modalità di ulteriori miglioramenti organizzativi e tecnologici, che consentiranno alla Regione Puglia, di continuare a dare servizi ai cittadini sempre più efficienti, nonostante la pessima congiuntura economica che attraversa il Paese".

Sanità: ad Albanese interim Dipartimento



La Giunta regionale, prendendo atto delle dimissioni del dott. Giancarlo Ruscitti direttore del Dipartimento regionale Politiche per la salute, ha nominato ad interim direttore del dipartimento Politiche per la salute il dott. Lino Albanese. Contestualmente sono state avviate le procedure per la pubblicazione del bando per l'individuazione del nuovo direttore del dipartimento salute.

Abbiamo una spesa sanitaria che è la più bassa tra i grandi Paesi I primi 40 anni di vita della sanità italiana

Si è concluso con successo l'evento promosso dal dipartimento prevenzione dell'Asl Bari "Quarant'anni di salute" - Riflessioni sul Servizio Sanitario Nazionale e svoltosi presso l'Aula Magna "Aldo Moro" del Dipartimento di Giurisprudenza a Bari. Dopo i saluti istituzionali, i lavori sono stati introdotti dal dott. Domenico Lagravinese, Direttore Dipartimento di Prevenzione dell'Asl Bari. Il Presidente Fnomceo, Filippo Anelli

che ha approfondito i temi della regionalizzazione in sanità, ha posto l'attenzione sui rischi che si corrono se dovesse passare il regionalismo differenziato. Si è anche soffermato sui 21 sistemi sanitari delle regioni e sulla mobilità passiva, con malati che, per curarsi, si spostano verso le regioni del Nord. Il Direttore Area Promozione Salute della Regione Puglia, dott. Giancarlo Ruscitti ha parlato della sua esperienza professionale, svolta anche in regioni del nord e sulle tappe che hanno portato alla conquista del diritto alla salute. "La Puglia ha fatto, in questi anni, - ha asserito Ruscitti - un'operazione di risanamento profondo dei conti. Però ancora non c'è una procedura scritta, che dica, che la Puglia è fuori definitivamente dal Piano di Rientro. E' una dimostrazione di come, una regione, come la Puglia, che riesce ad autogovernarsi, a cui viene riconosciuto lo sblocco di 4mila assunzioni sia pure a tempo determinato, con il placet dello stesso ministero dell'Economia che ha riconosciuto, che ogni anno, si potevano pagare 4mila stipendi in più, con la regione che è in grado di sostenere questa operazione, non riesca ad uscire dal Piano di Rientro, con indicatori tutti positivi. Il pugliese così non ha gli stessi diritti di cittadini che vivono in altre regioni". "Abbiamo uno Stato che dice - ha continuato Ruscitti - cosa non dare e scarica sulle regioni le responsabilità. La Puglia è ferma, per quel che riguarda gli organici del personale, al 2004, quando

fu fatto un accordo tra lo Stato e le Regioni. Abbiamo due regioni, Lombardia ed Emilia Romagna, che invece sfondano il tetto delle assunzioni. Per cui ogni anno

Quarant'anni di salute Riflessioni sul Servizio Sanitario Nazionale

la Lombardia paga 600 mila euro in più per gli stipendi, rispetto a quello che deve pagare, e l'Emilia Romagna 300mila euro in più. La differenza c'è già. Se la Lombardia e l'Emilia Romagna, pagano più stipendi, nessuno dice niente. La Lombardia e l'Emilia hanno chiesto di sanare le esposizioni e quindi le due regioni del Nord, ripartiranno così con il piano assunzionale del 2018. Lo Stato non interviene ed è compiacente. Invece la Puglia rimane ferma all'anno 2004. Per cui ci sono regioni che non possono fare quello che costituzionalmente è previsto e regioni a cui lo Stato centrale, continua a dare autonomia e attività. Queste regioni, come ad esempio il Veneto, paga gli stipendi dei medici del 30% in più rispetto ad altre regioni. I pugliesi devono rivendicare questi diritti di equità". La lectio magistralis è stata tenuta dal Prof. Walter Ricciardi, ordinario di igiene presso l'Università Cattolica di Roma, sulle battaglie fatte per la salute. "Siamo ad un bivio. E' stato un grande servizio sanitario nazionale nei passati quarant'anni, oggi corriamo il serio rischio di perderlo. Già vediamo differenze enormi tra Sud e Nord e se passa il regionalismo differenziato, sono destinate a crescere di più e a spaccare definitivamente il Paese. In questo momento, sono tre le regioni che la chiedono: Lombardia, Veneto e Emilia Romagna. E chiedono diverse cose da un punto di vista quantitativo. Si lascerebbe una parte importante di queste risorse

in queste regioni, che sono molto bene amministrate, però questo significa, togliere altre risorse, alle altre regioni. In qualche modo, far sì, che le regioni ricche, diventino più ricche e quelle povere che vengano abbandonate al proprio destino. L'attuale sistema è sicuro che non regge, perché, abbiamo una spesa sanitaria che è la più bassa tra i grandi Paesi ed è insufficiente a coprire i livelli essenziali di assistenza, che sono fermi al 2007. Abbiamo una crescita enorme dei malati, dei vecchi, degli anziani e quindi abbiamo delle domande di assistenza, che vengono prepotentemente chieste da queste persone. Abbiamo farmaci fantastici, dispositivi medici eccezionali che migliorerebbero la quantità e la qualità della vita, ma non li potremo dare o li potremo dare, con questo sistema, in alcune regioni invece che a tutte".

Emiliano nomina Rodolfo Rollo commissario Asl Lecce



Il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano, in seguito alle dimissioni del dott. Narracci da Dg, ha nominato il dott. Rodolfo Rollo commissario della Asl Lecce.

Quarant'anni di salute: riflessioni sul Servizio Sanitario Nazionale

Minacciati da forme di autonomia devolutiva

di DOMENICO LAGRAVINESE

Direttore Dipartimento
 di Prevenzione Asl Bari

Lo scorso 1° marzo, presso l'Aula Magna del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Bari, si è tenuta una giornata seminariale sulle prospettive del Servizio Sanitario Nazionale, all'indomani del suo 40° compleanno. L'iniziativa, organizzata dal Dipartimento di Prevenzione della ASL di Bari, ha annoverato tra i suoi relatori, il-

potenzialmente minacciato in uno dei suoi principali caratteri, ovvero quello di essere universalistico, in luogo della sua possibile mutazione genetica in individualistico, iperbole culturale lanciata nell'ambito del seminario.

Le proposte di regionalismo differenziato in sanità, come presentate da alcune regioni, sul tavolo della Conferenza Stato Regioni, appaiono piuttosto pretese autarchiche e non condivisibili sviluppi di una autonomia regionale, frutto di una precisa strategia, ovvero di un chia-

ro progetto di riforma della sanità pubblica. E' apparso spirito condiviso della giornata, quello di voler porre al centro dell'attenzione e della valutazione del Parlamento, una questione che si è voluta rubricare a mera ripartizione di risorse, quale naturale evoluzione di un federalismo oramai imprescindibile, da discutere solo ed esclusivamente in sede pattizia, ovvero quella della Conferenza Stato Regioni.

Si può e si deve concordare sulla necessità di una riforma istituzionale del



lustru rappresentati del mondo accademico e degli operatori di sanità pubblica, nonché il Prof. Walter Ricciardi, già Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità.

Tutte le relazioni, per quanto differenziate in ragione della diversa appartenenza professionale dei relatori, si sono caratterizzate per aver posto l'attenzione sul momento delicato che attraversa il nostro Servizio Sanitario Nazionale,



Servizio Sanitario Nazionale, avendo però sempre ben chiari e presenti i limiti imposti dalla Carta Costituzionale, in termini di diritti inviolabili e diritti fondamentali. Tanto basta a sostanziare l'impervio crinale della discussione sulle specificità territoriali, altrimenti dette "geometrie variabili" e della loro coesistenza con il valore della "solidarietà sociale"; sulle ulteriori forme di autonomia se compatibili con

la costituzionalizzazione del pareggio di bilancio, con la conseguenza che il medesimo principio possa prevalere su ogni diritto costituzionalmente garantito; sulla natura indevolubile del diritto fondamentale della tutela della salute.

In uno scenario siffatto, come sarebbe possibile sottrarre alla limitazione di risiedere in una zona più povera del Paese, la legittima fruizione del diritto alla tutela della salute, quale diritto fondamentale e costituzionalmente ga-

il Servizio Sanitario Nazionale, che per quanto perfettibile, ci ha consegnati ad una aspettativa di vita più alta ed ad una assistenza sanitaria tra le migliori al mondo.



te, piuttosto che soggiacente alla legge sulla differenziazione regionale oltre a quanto esplicitamente previsto attualmente (determinazione dei LEA).

Passando al dettaglio, le proposte di maggior autonomia, se approvate, incidono sulla definizione dei percorsi formativi delle professioni sanitarie; sulla definizione di modalità erogative dei farmaci e dei dispositivi e di indirizzi di appropriatezza terapeutica e prescrittiva; sulla istituzione di un fondo regionale integrativo e misure di defiscalizzazione per favorire e incentivare l'adesione volontaria; sul reclutamento dei dirigenti e dei dipendenti del servizio sanitario regionale; sulla libera professione anche per le attività ordinarie; sul livello di contrattazione regionale per incentivare le retribuzioni dei dipendenti e dei dirigenti, nonché sull'accesso dei medici non specialisti presso le strutture ospedaliere.

Sarebbe ammissibile una tale differenziazione che difatto legalizzerebbe le disuguaglianze, diversificando i cittadini per censo?

E' questa "La battaglia della salute",

Non può essere possibile una riforma della sanità pubblica fuori dal perimetro tracciato dai principi di uguaglianza, solidarietà e pari dignità sociale, assolutamente minacciati da forme di autonomia devolutiva, come oggi proposte.



In ossequio ad Aldo Moro, statista a cui è intitolata l'Aula Magna in cui ha avuto luogo il seminario, corre l'obbligo di ricordare che l'articolo 32 della Costituzione italiana, presentato in Assemblea costituente il 19 aprile 1947, fu redatto con il suo contributo nella parte in cui si considera la tutela della salute legata alla realizzazione della libertà e dell'uguaglianza delle persone, attirando su di sé la critica dei liberali, perché la salute veniva riconosciuta come diritto individuale ed interesse di tutti.

E' l'unico caso in cui il testo costituzionale qualifica un diritto come fondamentale, ovvero quale condizione indispensabile per l'esigibilità degli altri valori costituzionalmente garantiti.

secondo il Professor Walter Ricciardi. Una chiamata alle armi per difendere

Vogliamo una Sanità uguale per tutti

Italia non abbandonarci

Una donna malata di tumore avvolta in una bandiera tricolore ed una richiesta di aiuto: "Italia non abbandonarci. Vogliamo una Sanità uguale per tutti. La salute è un diritto di tutti". E' la protagonista della campagna promossa dal presidente della Federazione nazionale Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri nonché presidente dell'Ordine medici di Bari, Filippo Anelli, in risposta alle richieste di autonomia di Lombardia, Veneto ed Emilia: "Il rischio è di gravissime ricadute sulla salute dei cittadini". I manifesti

essenziali delle prestazioni, da cui dipendono fondamentali diritti sociali e civili dei cittadini". Finora, rileva la Fnomceo, "il Ssn, con tutti i suoi difetti, è riuscito a garantire a tutti i cittadini un livello di assistenza tra i più elevati al mondo, proprio grazie ai principi di equità, solidarietà e uguaglianza su cui si fonda".

"Il timore diffuso tra i medici è che questo sistema possa essere cambiato non si sa bene come e per quale finalità". I pre-accordi, sottolinea Anelli, "sancisco-

abbiamo avuto dalla politica le prime risposte".

Anche il Ministro della Salute Giulia Grillo, ha affermato di condividere le preoccupazioni dei medici. Il vicepremier Matteo Salvini e il Governatore del Veneto Luca Zaia, che, pur convinti del percorso, hanno rassicurato sul fatto che 'nessuno vuole abbandonare nessuno'. Il Governatore dell'Emilia-Romagna, nonché presidente della Conferenza Stato-Regioni, ha infatti affermato a chiare

lettere: "Io prima che emiliano mi sento italiano". Bonaccini ha annunciato l'avvio di un tavolo unico delle Regioni con medici e infermieri.

"Apprezziamo fortemente le parole di Bonaccini e il suo auspicio di preservare il Servizio sanitario nazionale - ha confermato Anelli -. Bonaccini, del resto, anche nella sua proposta di intesa per l'autonomia ha più volte ribadito il sostegno ai valori di solidarietà e universalità del Servizio sanitario nazionale. Ci aspettiamo ora il coinvolgimento dei professionisti della salute nei percorsi per realizzare le autonomie delle Re-

gioni". Non accetta, invece, il presidente Fnomceo le forzature volte a far degenerare il dibattito in una lotta tra Nord e Sud. "Le autonomie regionali sono previste dalla Costituzione - ha chiarito - che vuole avvicinare lo Stato ai cittadini. Noi non siamo per una guerra tra Nord e Sud, siamo per la difesa dei soggetti fragili e per la salvaguardia dei diritti: il diritto alla tutela della salute e quello all'uguaglianza nell'accesso alle cure su tutto il territorio italiano, garantita dal Servizio Sanitario Nazionale". "Noi medici, così come gli altri professionisti della Sanità, non vogliamo fare politica - conclude -. Quello che vogliamo, e che siamo disposti a fare sin da subito, è mettere, nell'ambito di questa battaglia che non può che essere unitaria e condivisa da tutti, le nostre competenze al servizio della politica".



sono stati affissi dal 19 febbraio a Bari e da marzo in altre città.

La campagna, spiega Anelli, punta ad alzare l'attenzione sulle possibili conseguenze del regionalismo differenziato: una questione che "rischia di passare inosservata e che invece potrebbe avere conseguenze sull'unità del paese e sull'uguaglianza dei cittadini nell'accesso al diritto alla salute".

"L'iniziativa vuole esprimere la preoccupazione dei professionisti della salute di fronte a una riforma poco trasparente e i timori che possa minare il principio di solidarietà e il Sistema sanitario nazionale nel suo complesso, con gravissime ricadute - afferma Anelli - sulla salute dei cittadini. È fondamentale che il sistema sanitario possa continuare a garantire i livelli

no infatti nuove importanti autonomie delle regioni in tema di sanità: dagli accessi alle scuole di specializzazione, all'ingresso nel Ssn, ma anche per i farmaci equivalenti e i ticket. Il Veneto avrà anche spazio di manovra sulla libera professione e l'Emilia Romagna sulla distribuzione diretta dei farmaci".

"La campagna dell'Ordine dei Medici di Bari, con l'immagine della donna ammalata che chiede all'Italia di non abbandonare né lei né tutti gli altri pazienti, ha colpito nel segno: volevamo aprire un dibattito sul regionalismo differenziato, scuotere le coscienze. Volevamo la certezza che il nostro Servizio Sanitario Nazionale, con i suoi principi di equità, universalità, uguaglianza, solidarietà non fosse messo a rischio dalla spinta verso le autonomie regionali. E, tra ieri e oggi,

Gli strumenti fondamentali della comunicazione verbale e le tecniche che la rendono efficace

Imparare a fornire feedback efficaci

di **FRANCESCA ROMITO,
CLAUDIA CORMIO**

Servizio di Psiconcologia, IRCCS
Istituto Tumori "G. Paolo II", Bari

Aspetti metacomunicativi

La comunicazione verbale è un processo di scambio di significati e di messaggi tra due o più soggetti e comprende aspetti legati alla sintassi (cioè le regole grammaticali), alla semantica (cioè il significato delle parole e dei segni) e alla pragmatica. L'aspetto pragmatico della

è stato dato dal lavoro del gruppo di Bateson, Watzlawick e colleghi (Watzlawick et al., 1971), che, negli anni 70, hanno individuato dei principi cardine (assiomi) che regolano la comunicazione umana. Di seguito ne analizziamo alcuni.

È impossibile non comunicare. Questo assioma chiarisce che qualsiasi comportamento messo in atto volontariamente (fa eccezione p.es. uno starnuto, un riflesso, un tic!) ha una valenza comunicativa. Se una persona rimane in silenzio, assorta in un libro, durante un viaggio in treno, non dice niente, ma il suo com-

portamento a seconda del tipo di relazione che esiste tra le persone che sono protagoniste dello scambio comunicativo. Per esempio, la frase «questo è un ordine» assume un significato diverso se viene pronunciata durante uno sketch comico o da due persone in uniforme, pertanto è indispensabile capire la natura del rapporto tra le persone che comunicano tra di loro perché questo elemento determina il senso di quello che si dicono.

La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura della sequenza di comunicazione tra i comunicanti. Ciascuno di



comunicazione indica che l'atto comunicativo va ben al di là delle informazioni che si vogliono trasmettere o ottenere e viene fortemente condizionato dal contesto in cui avviene e dalla natura delle relazioni tra le persone che stanno comunicando, con tutto il bagaglio emotivo che ciascuno porta con sé. È proprio della pragmatica che ci interessa parlare, per le ripercussioni che ha sulla relazione volontario-paziente.

Un contributo chiave allo studio della pragmatica della comunicazione umana

portamento dice che non vuole essere disturbata. Uno studente che gioca al cellulare durante una lezione, con il suo comportamento, pur nel silenzio, rivela che non prova grande interesse verso quello che viene spiegato dall'insegnante. In pratica, nelle interazioni umane anche l'inattività o il silenzio hanno dei significati e possono influenzare l'altro. Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione, di modo che il secondo classifica il primo. Il contenuto della comunicazione varia il suo signifi-

no è abituato a pensare che quello che dice, e il modo in cui lo dice, è una risposta a quello che sta comunicando l'altro. Watzlawick nel suo libro riporta un classico esempio di questa convinzione: in un litigio tra moglie e marito, lei è convinta di brontolare perché stufo del carattere di lui che è sempre chiuso in sé stesso, mentre lui è convinto che il suo chiudersi in se stesso sia legato al fatto che la moglie brontoli continuamente (ibidem p. 48). Effettivamente è impossibile capire dove "comincia" un comportamento, chi

ne è la causa: è più giusto pensare alla comunicazione come un processo continuo e circolare in cui non esistono attori protagonisti, ma tutti contribuiscono a costruirne l'andamento.

Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza. Le relazioni sono simmetriche quando sono basate su rapporti di uguaglianza, come quelle tra amici, tra coniugi o tra colleghi. Sono complementari invece quelle relazioni in cui uno è sempre in una posizione di superiorità

alcuni principi cardine della psicoterapia perché fossero utili nella comunicazione in tutti i giorni e nella gestione delle situazioni conflittuali. Gordon (1991, 1994, 1995) ha adattato i concetti di empatia, autenticità, accettazione incondizionata e assenza di giudizio, tipici dei contesti terapeutici, al rapporto insegnanti-allievi, alla relazione genitori-figli, e infine ai contesti sanitari.

Ascolto attivo

Per costruire una valida relazione di aiuto, il primo passo è sicuramente l'ascol-

certa vicinanza fisica che sia sempre adeguata al livello di conoscenza che si ha con la persona (guardare negli occhi troppo a lungo o sedersi troppo vicini può disturbare l'interlocutore!). Prestare la massima attenzione a quello che l'altro dice per comprendere sia i contenuti espliciti che le emozioni sottese. Questo consente di sintonizzarsi meglio con quello di cui il malato ha bisogno in quel momento, uno sfogo o semplicemente una distrazione: bisogna sempre seguire il flusso di quello che l'altro ci indica, senza avere già un'idea a priori.



rispetto all'altro, come nel rapporto allievo-insegnante, genitore-figlio, o medico-malato. Se è vero che le relazioni assumono naturalmente tali connotati, gli scambi comunicativi in genere e i due interlocutori oscillano tra queste posizioni.

Aspetti semantici

A questo punto della trattazione, dopo avere descritto brevemente alcuni aspetti legati alla metacomunicazione, può essere utile capire se ci sono contenuti o modalità particolari della comunicazione che possono essere appresi per favorire una comunicazione più fluida, diretta ed efficace con l'altro.

Molti studiosi si sono occupati dello studio della comunicazione, un contributo significativo per la sua immediatezza ed efficacia proviene dal lavoro di Thomas Gordon, che si è occupato di rielaborare

to. Senza un ascolto efficace è difficile riuscire a comunicare in modo efficace, inoltre l'altro è più invogliato a parlare di sé quando ci si mostra dei buoni ascoltatori. L'ascolto attivo è un modo di porsi nella relazione che comunica disponibilità e accettazione, e si compone di ascolto passivo, accoglimento e incoraggiamento di quello che l'altro dice e infine di un momento di restituzione del vissuto e del pensiero dell'ascoltatore tramite l'ascolto attivo.

Ascolto passivo

Creare un'atmosfera favorevole all'ascolto, eliminando le fonti di disturbo esterne (p.es. una porta aperta che lascia entrare voci e via-vai del corridoio), facilitando il contatto oculare e la posizione "faccia a faccia", adottando una postura che denota attenzione e una

È importante anche non farsi prendere dall'ansia di prestazione, cioè pensare a cosa rispondere o a cosa dire: questo distoglie l'attenzione da quello che il malato sta comunicando e si crea così una frattura nella fluidità della conversazione. Più spesso un ammalato, ma per la verità questo vale per la maggior parte delle persone (!), è soddisfatto di avere qualcuno che lo ascolta veramente e non ha bisogno di sentirsi dire niente di speciale.

Messaggi di accoglimento e di incoraggiamento

Possono essere verbali e non verbali: un viso sorridente, uno sguardo, un cenno di assenso, espressioni verbali («Mmm», «Immagino») e facciali in sintonia con quello che l'altro sta dicendo. Con questi feedback si comunica all'altro che si

sta prestando attenzione con interesse a quello che sta dicendo. Si può anche incoraggiare l'altro a continuare, utilizzando domande che invitano ad approfondire il suo racconto.

Ascolto attivo

Dopo avere ascoltato attentamente, l'ascoltatore rimanda all'altro una comunicazione complessa che esplicita la comprensione del messaggio verbale, ma che soprattutto ne elabora i contenuti emotivi per come sono stati percepiti, in un clima di rispetto e di assenza di

B: In che senso scioccata?

Neutralità. Senza esprimere giudizi o pareri, si propongono espressioni che invitano a dare più informazioni, incoraggiando l'ascoltatore a continuare («Mmh»; «Sì, capisco»).

Silenzio. Il silenzio può essere un implicito invito a continuare o semplicemente evidenziare che si è lì per ascoltare il seguito. Il silenzio va bene anche quando si sente di non avere parole o non si riesce ad esprimere nulla, a volte non c'è

accolto.

B: Se ho capito bene intendevi dire che....

Confermare i sentimenti. Contribuisce a dimostrare all'interlocutore che si è in sintonia con quello che sta dicendo, rimandandogli la nostra comprensione delle sue emozioni e sentimenti.

A: Non riesco mai ad avere delle risposte chiare dai medici..

B: Immagino che frustrazione!

Domande aperte. Domande che stimolo



giudizio. È importante quindi, durante l'ascolto, anche restare in contatto con sé stessi per rendersi conto di che tipo di emozioni e sentimenti provoca la persona in noi, mettendo in azione la nostra capacità empatica, cioè una comprensione umana e profonda della storia e dei vissuti dell'altro.

Di seguito sono esemplificate alcune tecniche per favorire la conversazione e la comunicazione empatica tra gli interlocutori.

Tecniche per favorire la conversazione

Chiarificazione. Domanda che indaga cosa intenda l'interlocutore per la determinata cosa che ha detto. Per esempio:

A: Appena mi hanno comunicato la diagnosi mi sono sentita completamente scioccata.

davvero niente da dire.

Ampliamento. A partire da un particolare del racconto, si possono domandare ulteriori informazioni.

A: Stavo cominciando a sentirmi preso in giro dalla mia famiglia.

B: Cos'è che ti ha fatto sentire così?

Verbalizzazione. Aiuta la persona ad entrare in contatto e ad esprimere direttamente i propri sentimenti.

A: Quando siamo usciti dall'ospedale con mia figlia ancora debole, è stato bruttissimo rientrare a casa.

B: Deve essere stato davvero difficile per te...

Riformulazione. Consente di verificare di avere compreso bene quello che l'altro dice, facendolo sentire ascoltato e

lano risposte continue e lunghe senza chiudere le possibilità di risposta. Per esempio «Come stai?» versus «Va tutto bene?». Quest'ultima domanda, oltre a lasciare poche opzioni di risposta («Sì», «No», «Insomma») fa, in un certo senso, apparire più "desiderabile" una risposta positiva, limitando così le informazioni che ci si possono scambiare e la possibilità di continuare fluidamente la conversazione.

Il feedback

Il feedback è il messaggio di retroazione o risposta che si dà al proprio interlocutore, può essere di natura verbale o non verbale e consente di comprendere se l'altro sta recependo quanto detto e cosa ne pensa. Come abbiamo visto in precedenza, la comunicazione è fatta di continui adattamenti reciproci proprio

in virtù della capacità che abbiamo di modulare le nostre comunicazioni al feedback che riceviamo dall'altro. È quindi importante imparare a fornire feedback efficaci quando si è impegnati in una comunicazione all'interno di una relazione di aiuto.

Un feedback è efficace se:

- È descrittivo e non valutativo, e quindi, per esempio, viene collegato ad un comportamento e non valuta la persona (p.es.: «Anna oggi non hai fatto i compi-

Messaggio IO

Un'ulteriore modalità utile ad una efficace comunicazione interpersonale, in particolar modo quando si cerca di risolvere un conflitto, è il "Messaggio Io" (Gordon & Edwards, 1995).

Nel "Messaggio Io" chi da avvio all'interazione, non aggredisce, ma parte comunicando all'altro quello che pensa o crede. Questo contribuisce ad assumersi la piena responsabilità di quello che si sente o si dice senza incolpare l'altro:

comunicazioni indirette possono essere davvero frustranti per chi le ascolta, lo vediamo con degli esempi:

COMUNICAZIONI INDIRETTE

«Tu mi trascuri!»
«Sei il solito combina-guai!»
«La pasta al forno si fa così!»
«Ti rendi conto dell'ora in cui sei tornato?»

COMUNICAZIONI DIRETTE O PERSONALI



ti, non si fa così!» versus: «Anna, sei la solita svogliata!»)

- È legato ad esempi specifici e non rimane generico (p.es.: «Oggi mi hai aiutato a sparecchiare, hai fatto un ottimo lavoro!»)
- È legato ad aspetti controllabili (p.es.: «Ti apprezzo quando sei gentile con gli altri.» versus: «Non ti amo perché sei basso!»)
- È tempestivo, e non arriva troppo tempo dopo il comportamento a cui si riferisce: anche un buon feedback, se dato troppo tardi, può ferire senza servire a niente di buono.
- È utile a chi lo da e a chi lo riceve. Può essere distruttivo un feedback dato all'altro solo per sfogarsi o togliersi un peso, un feedback deve essere costruttivo per la persona che lo riceve o per la relazione tra i due.

chi parla si focalizza sulla propria esperienza, in modo che l'altro non si senta attaccato (p. es.: «Tu mi fai sempre arrabbiare!») perché gli viene spiegato il motivo del problema e il comportamento che potrebbe essere cambiato in futuro. Le caratteristiche del "Messaggio Io" sono:

- Descrizione del comportamento senza giudicare: «Quando sfogli il giornale mentre ti parlo...»
- L'effetto del comportamento su chi parla: «Penso che non ti interessi niente di quello che dico...»
- Descrizione del proprio: «E questo mi rende molto triste».

In questo modo, chi parla non esprime giudizi né da interpretazioni ma comunica in modo efficace e diretto il proprio vissuto rispetto ad un preciso comportamento o atteggiamento. Al contrario, le

«Mi sento trascurato...»
«Sono molto arrabbiata con te!»
«A me la pasta al forno piace così»
«Mi sono preoccupata un sacco...»

Blocchi alla comunicazione

Vi sono alcuni stili comunicativi, spesso impiegati nella comunicazione e nelle relazioni che, al contrario, costituiscono degli ostacoli ad una comunicazione efficace (Gordon, 1991): come effetto all'interno della relazione, può esserci una maggiore chiusura da parte della persona che è bisognosa di aiuto.

1) Ordinare, dirigere («Devi fare così...»).

Obbligare l'altro a fare qualcosa vuol dire non rispettare i suoi sentimenti e i suoi bisogni.

2) Minacciare («Se non fai così, allora...»).

Si stimola paura e sottomissione, evocando allo stesso tempo rifiuto e ostilità in chi ascolta.

3) Fare la morale («Avresti dovuto...»; «Se fossi stato un po' più responsabile...»).

Si stimolano sensi di colpa e si comunica sfiducia nell'operato dell'interlocutore.

4) Dare consigli e offrire soluzioni («Lascia che ti suggerisca»; «Perché non fa così...»; «Al posto tuo io farei così...»).

Questo tipo di tendenza fa sentire l'altro inadeguato a risolversi un problema da solo, un ulteriore rischio è che potrebbe

facilmente in relazioni come quella insegnante-alunno o genitore-figlio, in cui sono ben definiti i rapporti di potere. Nella relazione con un paziente bisognoso di supporto e di empatia bisogna stare attenti ad evitare questo tipo di stili comunicativi.

6) Giudicare, criticare («Stai sempre a lamentarti!»; «Mi meraviglio che tu possa pensare queste cose!»).

Critiche e giudizi negativi fanno sentire l'altro incompetente e inadeguato, può rispondere con rabbia o senso di colpa.

Una raffica di domande può apparire troppo invadente e portare l'altro a chiudersi: è più importante dare il giusto peso ai vissuti della persona piuttosto che impegnarsi in una raccolta di dati per valutare i "fatti".

11) Consolare e minimizzare. («Vedrai che passerà»; «Non ti preoccupare che tutto si sistema») Sottovalutare quello che la persona sta riferendo come un problema la può far sentire incompresa.

12) Aggirare l'argomento, fare dell'ironia («Ma che vai a pensare, non lo dire neanche per scherzo!»)



pensare «Che ne sai tu che non hai mai vissuto questa situazione?».

5) Seguire troppo la logica («Ecco perché tu stai sbagliando...»; «Sì, però considera anche che...»).

Si sollecita nell'altro una posizione di difesa e l'arroccarsi in valutazioni di tipo principalmente cognitivo che spesso però sono solo marginalmente responsabili del modo in cui si vive un problema o un disagio.

Gli aspetti fin qui considerati implicano una posizione di superiorità tale rispetto all'altro da sentirsi in diritto di fornire indicazioni di comportamento e consigli, svalutando le competenze dell'altro e non rispettando pienamente le sue motivazioni, i vissuti e le scelte. Questi aspetti rischiano di entrare in gioco più

7) Ridicolizzare («Sembri un bambino quando fai così», «Ma davvero pensavi che, facendo così, saresti riuscito ad ottenere...»).

8) Interpretare, diagnosticare («Certo, hai fatto così perché sei...»; «Tu in realtà vuoi dire che...»)

Evitare di dare interpretazioni ai comportamenti perché, se corrette possono far sentire l'altro scoperto, a nudo, se non corrette lo fanno sentire incompreso.

9) Essere troppo d'accordo, fare troppi complimenti («Ti stai comportando veramente in maniera esemplare...»; «Hai proprio ragione a pensarla così»).

Può essere interpretato come un modo per blandire l'interlocutore e per conquistarsi la sua fiducia.

10) Interrogare, fare troppe domande («Perché?»; «Come hai fatto?»)

Rispetto a questi ultimi due aspetti, è importante ricordare che spesso gli ammalati, per non pesare sui familiari, espongono le loro più profonde preoccupazioni e paure proprio a chi è estraneo, come un volontario o un altro operatore sanitario. Non necessariamente per ottenere una risposta, ma per potere almeno avere un'occasione per esprimere e portare alla luce le loro vere ansie, che spesso devono essere camuffate con i propri cari. Minimizzare o evitare l'argomento sono modalità di risposta che aiutano gli operatori a sentirsi più tranquilli, ma non contribuiscono al benessere del paziente: spesso alle sue domande non ci sono risposte o non ci sono risposte positive, ma è importante che il paziente senta di poterle fare.

Bibliografia

- Anolli L. (2010). Prima lezione di psicologia della comunicazione. Editori Laterza, Bari.
- Ekman P., Friesen W.V. (1975). Unmasking the face. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Gordon T. (1991). Insegnanti efficaci. Giunti Lisciani, Teramo
- Gordon T. (1994). Genitori efficaci. La Meridiana, Bari.
- Gordon T., Edwards W.S. (1995) Making the patient your partner. Communication skills for doctors and other caregivers. Greenwood Publishing Group, Westport CT.
- Hall E. T. (2001). La dimensione nascosta (trad.it.), Bompiani, Milano.
- Mehrabian A (1971). Silent Messages (1st ed). Wadsworth, Belmont, CA.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971) Pragmatica della comunicazione umana. (trad it), Astrolabio, Roma.

Fare rete per affrontare le sfide del futuro

L'etica di impresa è la bottega dell'umanità

Si è concluso con successo il convegno sul tema "Donne di Frontiera - L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese", promosso dal Coordinamento Donne A.F.O.R.P., nell'ambito delle attività associative rivolte al sociale e alla partecipazione, che ha visto la partecipazione di rappresentanti del giornalismo internazionale, con esperienza vissuta direttamente sui Campi di Guerra, di rappresen-

dei diritti umani - Senato della Repubblica), Barbara Schiavulli (Scrittrice, giornalista e inviata di guerra), Benedetta Sasanelli (Presidente CIF Comune di Bari), Filippo Anelli (Presidente Fnomceo), Patrizia del Giudice, (Presidente Commissione Pari Opportunità della Regione Puglia). Le conclusioni sono state affidate al Presidente A.F.O.R.P. Beppe Marchitelli. I lavori sono stati mode-

per il Coordinamento Donne Grazia Guida, che ha evidenziato la necessità di fare rete, basandosi sui principi di etica e umanità dentro e fuori le imprese e per affrontare insieme le sfide del futuro. La Vice Presidente AFORP ha messo in messo in risalto gli scopi sociali delle attività, promosse sul territorio dall'Associazione. "Prima con le quote rosa e poi con il coordinamento donne è inizia-



tanti di associazioni locali e nazionali e di autorevoli rappresentanti delle istituzioni.

Si è incentrato sul confronto tra diverse donne impegnate nel campo del giornalismo, delle istituzioni e della sanità, in tema di etica e umanità.

Al convegno che è stato aperto dal Vice Presidente A.F.O.R.P., Grazia Guida, sono intervenuti: Assunte- la Messina (Membro Commissione Straordinaria tutela e promozione

rati dalla giornalista Stefania Cardo.

Il confronto a più voci ha raccolto le testimonianze più autentiche e dirette sulle esperienze di Donne di Frontiera che vivono, esperienze drammatiche, in ogni angolo della Terra, richiamando i valori etici dentro e fuori le imprese, per poi calarsi nella realtà italiana, con operatrici della sanità, che prestano la loro opera nel Servizio sanitario nazionale e che sovente sono vittime di abusi e violenze. In apertura è intervenuta

to un percorso dove l'umanità e l'etica sono state apposte al centro della nostra attività. Emblema del nostro fare, "il sorriso di un bambino", iniziativa solidale, per i piccoli malati oncologici, che vivono e combattono la frontiera della vita. Riteniamo, è questa la nostra missione, che l'etica di impresa è la bottega dell'umanità e l'umanità è la luce e una risorsa di sviluppo sociale. Una risorsa aziendale perchè questi sono marchi di legalità. Questo deve essere il nostro motto, il nostro agire. Noi vogliamo

affiancare le giovani generazioni, i giovani imprenditori, i nostri figli con questi valori".

In particolare la Senatrice Assunta Messina si è soffermata sui diritti umani. "Innanzitutto, si è detto del carattere di costante straordinarietà

tuzioni svolgono una funzione pivotale sia sul versante della promozione di tali diritti, sia su quello della prevenzione delle forme di violazione di queste prerogative. Lo Stato dev'essere sempre in prima linea per creare i presupposti di una società aperta, equa e più "umana". La con-

cialmente responsabile nei confronti della comunità e dell'ambiente in cui opera. Coniugare impresa ed etica è una delle sfide del nostro secolo e le istituzioni devono essere pronte ad assecondare le iniziative prese in tal senso. L'esigenza, in particolare, è quella di promuovere una cultura



che assume il tema dei diritti umani ancora oggi. Questi, seppur lontani dalle forme critiche di un tempo, mantengono sempre una rilevante salienza, tant'è che oggi emergono nuove



etico-giuridica in cui i diritti umani e l'orizzonte dello sviluppo sostenibile non siano solo un corollario, ma rappresentino un valore fondante del fare impresa. Per fare ciò è necessario rimettere al centro l'essere umano, che non può che costitu-

frontiere di tutela dei diritti dell'uomo. Basti pensare al tema dei diritti dei lavoratori, ai diritti delle donne e alla protezione dell'ambiente: nuovi e vecchi fronti su cui è necessario battersi per ottenere condizioni di equità e giustizia sociale. Nel lungo e tortuoso percorso che porta prima al riconoscimento, e poi alla piena soddisfazione di questi diritti, le isti-

quista di nuovi diritti e la tutela delle categorie "fragili" rappresenta una grande sfida anche dal punto di vista culturale: è il ruolo che ciascuno di noi ricopre all'interno della società a fare davvero la differenza, a permettere che un cambiamento avvenga. In secondo luogo, si è molto discusso del ruolo dell'impresa e della sua capacità di imporsi come attore so-

ire il fattore principale per il buon funzionamento di un'organizzazione, sia privata che pubblica. Ridare centralità ai bisogni e ai diritti delle persone, considerate sia come singoli individui, sia nel loro complesso come comunità, non significa solo creare delle condizioni di lavoro ottimali all'interno di un'azienda: bensì, vuol dire anche tenere in debita

considerazione l'impatto che i processi produttivi hanno sul territorio in cui sono inseriti, in un'ottica di promozione di una cultura rispettosa dell'ambiente, affinché l'impresa possa immergersi pienamente nel tessuto sociale ed economico di una comunità, fino a diventarne un fattore integrante".

Insomma, è fondamentale incentivare le buone pratiche sperimentate da quelle imprese che considerano vitale, oltre che il profitto, anche la

vi strumenti legislativi che garantiscano la partecipazione delle donne alla vita politica in Regione Puglia e l'esigenza di fare formazione per coinvolgere le scuole e avvicinare le famiglie.

Filippo Anelli ha invece parlato della solitudine dei medici e operatori sanitari che è uno dei principali fattori di rischio, perché fa apparire il medico vulnerabile e alla mercé di chi vuole compiere azioni brutali. Paola Labriola era sola quando fu uccisa

da un suo paziente nel centro di Salute Mentale del quale aveva più volte denunciato, anche ai Carabinieri, la mancata sicurezza; sole erano Maria Monteduro e Roberta Zedda, guardie mediche uccise in provincia di Lecce e di Oristano. Come sola era Serafina Strano, la dottoressa rimasta in balia di uno stupratore a Trecastagni, Catania. E la necessità di garantire con uno strumento legislativo la sicurezza degli operatori sanitari.



produzione di "bene sociale".

Benedetta Sasanelli, ha evidenziato il ruolo importante che rivestono le associazioni non profit ed in particolare il Centro Italiano Femminile. "Il CIF è un anello di congiunzione tra le istituzioni e i disagiati. Siamo presenti in alcuni centri sociali, per il sostegno e il recupero dei ragazzi. Siamo presenti in alcuni ambulatori diocesani per la collaborazione con le famiglie. Fare rete è importante ma farlo gratuitamente e volontariamente è ancora più importante".

Patrizia del Giudice ha invece rimarcato la necessità di nuo-



Barbara Schiavulli ha rivendicato il diritto all'informazione sulle necessità che si parli nel mondo e delle storie delle persone e come sia necessario essere informati per fare la differenza. Si è anche soffermata sulle crisi dimenticate come il Venezuela, Afghanistan, Iraq e Yemen. Ha evidenziato che "è necessario che il mondo lo si racconti. Noi siamo sommersi da dati, da numeri, da date, noi spesso parliamo di storie, di nomi, di sogni delle persone; e quando ci si trova in guerra tutto questo viene messo in discussione. E' importante andare sui teatri di guerra e far capire alle persone che sono qui e che vivono in contesti fortunati,

che molto vicino a noi c'è gente che ha bisogno di aiuto". E sulle missioni da inviato all'estero, in Paesi in guerra ha aggiunto: "Per me sono tutte seconde case. Ho vissuto la mia vita soprattutto in Medio Oriente e Asia centrale e comunque in zone di guerra. Dovunque io vada c'è un pezzetto di me e anche per le storie delle persone che ho raccontato. L'Iraq è stato un momento importante della mia storia professionale, perchè da una parte, ho raccontato la storia e dall'altra, mi sono ritrovata in una

situazione particolarmente forte". Infine spiega i motivi della partenza come inviata in Venezuela, dove sta raccontando le attuali storie e verità nascoste: "Non è uno dei luoghi che frequento di solito, perchè sono specializzata in zone del Medio Oriente, Asia Centrale, Nord Africa, ma il Venezuela mi ha colpito molto perchè, non c'è una guerra, ma la gente sta morendo, non ci sono medicine e i supermercati sono completamente vuoti. Trovo assurdo che si possa morire in un Paese che galleggia sul

petrolio, solo per politica. Con Radio Bullets cerchiamo di raccontare il mondo, perchè in Italia, si sa poco di quello che succede nel mondo. E' importante che a noi queste cose interessano e così diventiamo gli strumenti perchè gli altri sappiano". I lavori sono stati conclusi dal Presidente **Giuseppe Marchitelli** che ha sottolineato l'importanza dell'evento perchè ha coinvolto associazioni, ordini professionali, istituzioni per meglio rispondere ai nuovi bisogni del cittadino.

Coordinamento Donne A.F.O.R.P.

8 Marzo festa Internazionale Donna Uguaglianza e Umanità Diamo Pari Opportunità

La forza si ottiene con i fallimenti, non con i propri successi ". Care amiche e colleghe, non lasciamoci abbattere dai possibili fallimenti che si presenteranno sul ns cammino. Dobbiamo essere più forti ogni giorno e seminare anche le più piccole briciole dei ns successi quotidiani, così da alimentare un giorno, un grande prato dove raccogliere le ns più grandi soddisfazioni come donne, mamme, mogli, imprenditrici e amiche! Vi abbraccio con affetto e stima.

Benedetta Spagnoletta

Quando le donne comprenderanno quanto sono essenziali, intelligenti e abili, conquisteranno il mondo. Quando riusciranno a essere davvero libere, conquisteranno l'universo.

Barbara Schiavulli

Nella giornata dell'8 marzo riflettendo sul nostro lavoro in associazione sul tema della donna mi piace citare un bellissimo pensiero di Ludovico Ariosto che trovo calzato a pennello: "le donne son venute in eccellenza di ciascun' arte in cui hanno posto cura".

Ornella Miano

Le parole che vivono per dare e restano solo parole, non sono altro che fallimenti di grande dolore. Non offendere una donna, non picchiarla, non denigrarla! Falla vivere al tuo fianco, perchè solo attraverso l'uguaglianza l'umanità VIVE e il paese CRESCE!

Diamo pari opportunità!

Grazia Guida

Non c'è Vita senza la donna, ama tua madre, tua moglie, tua sorella, la tua compagna, la tua amica .. in lei c'è l'armonia la bellezza e la forza del moto perpetuo.

Chiara

Supportiamo le aziende a fare della diversità un valore.

La donna è accoglienza, dolcezza e bellezza. È forza e fiducia. È tolleranza e difesa. La donna va protetta, rispettata e amata.

Stefania Cardo



Donato elettrocardiografico all'ambulatorio Magrassi della Cattedrale di Bari Grazie al CIF con il contributo di A.F.O.R.P.

Il Coordinamento Donne A.F.O.R.P. nell'ambito delle attività rivolte al sociale e alla solidarietà, grazie al contributo di alcune imprese, della stessa associazione, ha deciso di sostenere iniziative sul territorio, orientate verso i più bisognosi. In collaborazione con il Centro Italiano Femminile di Bari, è stato scelto l'ambulatorio "Mariano Magrassi" della Cattedrale di Bari per dotarlo di strumentazione utile per svolgere attività di prevenzione cardiologica.

Infatti, dopo il defibrillatore donato lo scorso anno, l'iniziativa è stata un'ulteriore dimostrazione che tutti possiamo e dobbiamo fare qualcosa per chi ha bisogno, in particolare per i senza fissa dimora. L'elettrocardiografo che sarà in uso nell'ambulatorio Mariano Magrassi, struttura fortemente voluta da don Franco Lanzolla, testimonia

che i progetti del CIF, vanno in un'unica direzione: essere anello di congiunzione tra le istituzioni e i disagiati. A sostenerlo è stata Benedetta Sasanelli, presidente della sezione comunale del CIF (Centro Italiano Femminile). L'iniziativa è stata resa

possibile grazie al contributo dell'AFORP (Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia). Obiettivo dell'evento: dare continuità ad un percorso di informazione, di formazione a sostegno di chi non può bene-

no spiegato come gestire le manovre necessarie nelle emergenze sanitarie. Per l'A.F.O.R.P. era presente una delegazione formata dalle rappresentanti del Coordinamento Donne: Benedetta Spagnoletta e

Cecilia Marigliano. Per beneficiare della consulenza cardiologica sarà possibile mettersi in contatto con suor Paola, tutte le mattine, nella sede dell'ambulatorio. Il cardiologo Giuseppe Santoro offrirà gratuitamente la sua professionalità. "Abbiamo deciso di far cominciare il 2019 con questa importante iniziativa". È stato lanciato un segnale, che una diffusione della rete tra associazioni e istituzioni, può generare percorsi virtuosi di solidarietà, che rappresenta la pietra miliare, su cui costruire, progetti rivolti ai più bisognosi e ai meno fortunati. Un'opera che non si ferma qui, che grazie



al fattivo impegno del Coordinamento Donne A.F.O.R.P. e del suo Vice-Presidente Grazia Guida, potrà generare insieme ad altre associazioni, nuove iniziative sul territorio, sempre rivolte ai soggetti più deboli e più in difficoltà.

La famiglia: specchio della società e riflesso dei tempi

Aula delle lauree "G. Contento" - Dip. di Giurisprudenza
Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari
12 marzo 2019 - Ore 16.30

Saluti:

Prof. Roberto Voza
Preside della Facoltà di Giurisprudenza
Dott.ssa Grazia Guida

Vice-Presidente Regionale Coordinamento Donne A.F.O.R.P.

Introduce: **Dott.ssa Benedetta Sasanelli**
(Presidente del CIF Comunale di Bari)

Moderata: **Marileda Maggi**
(Presentatrice Vuemme TV)

"La famiglia fondata sul foedus coniugale è cantiere della civiltà dell'uomo"
(**Mons. Franco Lanzolla**)

"Si è sempre genitori: la tutela dei figli"
(**Avv. Micaela Labriola**)

"La famiglia al di là del disagio"
(**Dott.ssa Anna De Vanna**)

Benvenuto Gabriele!!!

Il Presidente Beppe Marchitelli, il Vice Presidente Grazia Guida, il Coordinamento Donne, i Consiglieri del Direttivo e i componenti dei Probi Viri danno il benvenuto al piccolo Gabriele e abbracciano affettuosamente i genitori Flutra Lamaj e Francesco Albergo, augurando tanta gioia e tanta bellezza. I sogni e l'amore accompagnino sempre il piccolo Gabriele nella vita, sempre sostenuto dall'affetto e dalla dolcezza degli straordinari genitori! Auguri!!!

Strumento di equità nell'accesso alle cure da parte dei cittadini

Offrire un'alternativa al sistema ospedaliero

Prosegue la riorganizzazione della sanità territoriale e di prossimità, avviata in collaborazione con la CARD Puglia e i distretti sanitari. Il Presidente Vincenzo Gigantelli ne delinea gli aspetti metodologici, organizzativi e le prospettive.

“La recente riorganizzazione della sanità territoriale, avviata dalla Regione Puglia, - **afferma Gigantelli** - è un tema rispetto al quale, gli operatori del territorio, non solo mostrano grande attenzione, ma concordano sulla necessità di definire dei percorsi organizzativi, in grado di rispondere alla richiesta di servizi della comunità e offrire una valida alternativa alla ospedalizzazione. Una volta portato a regime il piano di riordino ospedaliero, riteniamo che l'organizzazione dei Servizi Territoriali sia un elemento chiave per la definizione di modelli organizzativi partendo dal potenziamento delle strutture già esistenti. Attività questa che deve essere sviluppata con grande attenzione perché divenga strumento di equità nell'accesso alle cure da parte dei cittadini”.

Ma come e perchè organizzare i presidi territoriali?

“Organizzare dei Presidi o dei Centri Territoriali adeguati diventa anche un elemento importante per la definizione della rete dell'assistenza territoriale, - sottolinea il Presidente della CARD - che si va via via delineando rispondendo a quelle che sono le esigenze di tipo residenziale e semiresidenziale, e che completano l'offerta dei servizi che i distretti offrono a livello domiciliare. Una delle attività su cui l'Associazione Card Puglia si è molto concentrata in questi ultimi anni è stata quella di offrire alla Regione un'adeguata collaborazione, perchè la nostra visione organizzativa potesse trovare accoglienza negli atti organizzativi e di regolamen-



tazione predisposti dalla Regione stessa, portandoci a dei livelli di qualità ed efficienza del territorio adeguati ai bisogni socio-assistenziali e sanitari più avvertiti della popolazione. In questo ambito abbiamo contribuito fortemente alla regolamentazione del modello organizzativo e di funzionamento dei P.T.A. (ovvero dei Presidi Territoriali di Assistenza), recentemente deliberata con R.R. n. 7-2019. Regolamento cui la CARD PUGLIA ha fornito un contributo notevole sia per differenziare le tipologie di strutture sia per far sì che i PTA diventino strumento attivo per superare l'attuale frammentazione dell'offerta

no approccio alla presa in carico della cronicità. Penso ad un percorso nel quale tutti hanno il diritto/dovere di entrare evitando tempi di attesa lunghi e duplicazioni di prestazioni. Un sistema in grado di ridurre il ricorso a esecuzione di esami non finalizzati ad un progetto di presa in carico globale e personalizzato. Questo nuovo approccio richiede adeguamenti molto importanti da un punto di vista tecnologico ed informatico. Infatti, puntando decisamente alla telemedicina, alla teleassistenza e alla informatizzazione delle Strutture e dei Servizi Territoriali potremo far sì che, nei prossimi anni, il Territorio ed

“Un'altra evoluzione del sistema che auspichiamo è quella della creazione di un modello di presa in carico della cronicità, che dia precocemente la possibilità ai cittadini - ha detto ancora il Presidente della CARD - di comprendere la propria patologia cronica, adottando misure di prevenzione, stili di vita e idonee terapie che siano adeguate al proprio stato di salute e che siano, altresì, capaci di determinare un idoneo controllo della patologia, in modo da evitare riacutizzazioni e anche ricoveri incongrui, e quindi di una spesa ulteriore che noi possiamo evitare. Dobbiamo favorire la creazione di ambulatorio



dei Servizi territoriali, dando visibilità al territorio ed alle sue peculiarità”.

In che modo dovranno essere organizzate le modalità di accesso?

“Uno dei punti cruciali da sviluppare ulteriormente è quello delle modalità di accesso alle strutture passando da un rapporto di prenotazione diretto - ha rimarcato Gigantelli - a partire dai medici di famiglia verso le strutture territoriali, eliminando gli attuali CUP. Si deve quindi superare l'attuale modello dispersivo e frammentato creando, all'opposto, percorsi dedicati e privilegiati verso un moder-

Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali



il Distretto potranno rappresentare un punto di snodo del sistema sanitario, più prossimo ai cittadini, in grado di offrire una reale alternativa al sistema ospedaliero, che soprattutto a seguito dei provvedimenti di riordino, determina oggi, spesso, difficoltà di accesso”.

E' prevista anche la presa in carico delle cronicità?

delle cronicità, un ambulatorio cioè dove il paziente viene studiato, inquadrato nelle sue patologie, favorendo la crescita delle sue conoscenze, spiegandogli la patologia e cosa deve fare per controllare il “suo” diabete, la “sua” BPCO, il “suo” scompenso, i

“suoi” problemi cardiologici. Ovvero farlo partecipe dei problemi cronici da cui è affetto per renderlo consapevole rispetto a cosa deve fare, insieme ai medici ed agli operatori sanitari, per controllare la malattia, responsabilizzandolo e informandolo opportunamente anche rispetto all'esecuzione delle cure. Questa evoluzione che passa sotto il nome di empowerment, richiede an-

che la collaborazione della famiglia, ed è un modello che la Regione Puglia ha adottato e che, a nostro giudizio, deve essere implementato, in tutte le realtà territoriali, con grande convinzione e impegno. Soltanto, attraverso, un'armonizzazione di linguaggi, di percorsi, di procedure, unificando le azioni dei medici di medicina generale e degli specialisti otterremo risultati migliorativi in termini di salute. In ultima analisi, cosa proponiamo?

Il passaggio da un vecchio sistema di medicina incentrato sulla cura della malattia già insorta, ad una medicina moderna che invece viene denominata

I Presidi Territoriali di Assistenza avranno un ruolo fondamentale nelle attività di prevenzione?

“Immaginiamo quanto si possa fare per le cattive abitudini alimentari oppure i comportamenti troppo sedentari della nostra popolazione - ha ribadito Gigantelli - per non parlare dell'uso di sostanze voluttuarie, come fumo, alcool, ecc. che quindi devono, con idonee campagne di sensibilizzazione, essere riportate ad una condizione di non abuso, partendo da campagne di educazione iniziate già in età giovanile. Questo diventa un ulteriore elemento di incon-

collegato al potenziamento specialistico. Un modello da diffondere sempre di più.

Tra gli obiettivi vi è anche quello del controllo della spesa farmaceutica?

“Non ci deve essere soltanto il controllo della spesa farmaceutica, - ha sottolineato il Presidente della CARD - ma ci deve essere una attiva collaborazione tra medici e pazienti per definire quello che deve essere un comportamento valido e appropriato, affinché la stessa spesa farmaceutica diventi un investimento in Salute. I prossimi programmi



“di iniziativa” e che quindi si basa sul paradigma di un reclutamento attivo dei pazienti, di un loro coinvolgimento, di un controllo e di momenti di verifica delle attuali condizioni, prima dell'insorgenza dei sintomi ovvero in fase iniziale di insorgenza di sintomi che possono essere controllati, e che possono regredire con idonei interventi sia sanitari che comportamentali.

Questo percorso diventa un modello di buona gestione delle risorse! In quanto il cittadino diventa partecipe di quello che deve fare per limitare l'evoluzione della sua patologia cronica”.

tro che noi dobbiamo determinare fra l'esigenza della popolazione e l'esigenza di controllo delle patologie e quindi anche dei costi, che rivengono da tutto ciò. Organizzare un'assistenza primaria efficiente, potenziare l'assistenza specialistica, che la nostra Regione recentemente ha potenziato nell'intento di realizzare nei PTA il luogo dell'efficientamento dell'assistenza primaria

regionali, tra i quali il “Care Puglia 3.0”, orientato al controllo dei pazienti con “diabete, BPCO, scompenso cardiaco e ipertensione”, risponde alla logica della presa in carico precoce del paziente cronico e ai principi del cosiddetto “chronic care model”, modello che la Puglia ha adottato sin dal 2012. La previsione di figure professionali che debbano collaborare con il medico di medicina generale, unitamente ad un'informatizzazione adeguata e a un processo di condivisione delle informazioni, costruiscono un percorso diagnostico terapeutico, che sarà a breve, avviato in forma sperimentale, nelle medicine associate, che rispondono ai

requisiti previsti dalla Regione, e che potrà agire come palestra per preparare ad un modello gestionale da espandere via via sempre più”.

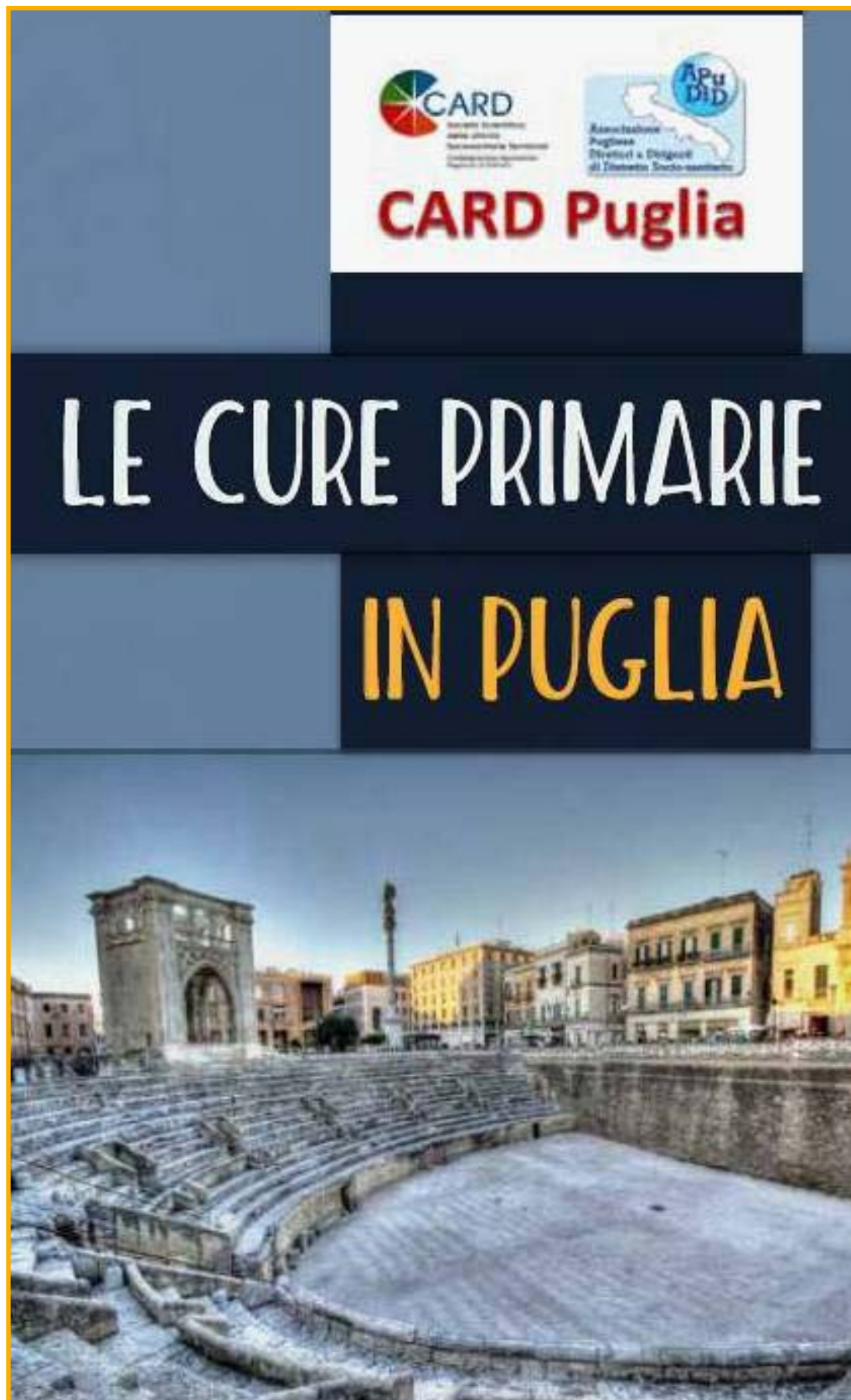
Con quali basi metodologiche proponete di costruire una rete sul territorio e con quali tempi?

“Le basi metodologiche e anche gli obiettivi che si propone questo progetto troveranno - ha risposto il Dott. Gigantelli - nel Distretto Socio Sanitario un momento di completamento per quelle azioni, che i medici di medicina generale non possono svolgere da soli, ma che richiedono un controllo di tipo specialistico territoriale. Sarà quindi necessaria una collaborazione stretta, intensa, tra i medici di medicina generale ed il distretto. Collaborazione finalizzata all'utilizzo di strumenti che noi chiamiamo PDTA (Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali), in grado di favorire il miglioramento dei processi assistenziali rivolti alla Cronicità. Un vero e proprio modello di assistenza territoriale di prossimità, vicina ai luoghi in cui i cittadini vivono e operano. I tempi di realizzazione di questo programma sono dei tempi che devono essere ragionevoli perchè, il processo di apprendimento del modello organizzativo, durerà alcuni mesi per poi dare dei risultati in funzione di successivi adeguamenti e aggiustamenti in corso d'opera. Già a partire da quest'anno, potremmo avere dei risultati che si struttureranno maggiormente negli anni a venire”.

Per rispondere meglio ai bisogni del cittadino?

“Speriamo che di pari passo l'offerta anche di strutture di servizi territoriali, si adegui sempre di più, - ha concluso il Presidente della CARD Puglia - a quelli che sono i compiti assegnati al territorio, in modo da garantire dei meccanismi organizzativi e di pronta risposta ai cittadini che passino attraverso un'offerta territoriale sempre più strutturata, sia nel campo della specialistica, sia nel campo residenziale e sia nel campo della riabilitazione.

Disabili e adulti, anziani, troveranno nei prossimi mesi anche diversa organizza-



zione della rete residenziale e semiresidenziale, per effetto di regolamenti, che la Regione ha emanato e che porteranno ad un potenziamento dell'offerta residenziale e semiresidenziale, specificamente per i pazienti che hanno particolari bisogni di assistenza, in quanto non autosufficienti e anche per pazienti affetti da particolari disturbi quali le demenze e i disturbi cognitivi. Tutta questa azione è coerente con que-

lo che è la previsione del programma operativo, che la Regione sta attuando e che porterà, nel corso di quest'anno a verificare la capacità della nostra Regione di poter camminare da sola verso ulteriori obiettivi che speriamo, portino ad un'autonomia sanitaria in tema di assunzioni, in tema di investimenti per quanto riguarda la tecnologia e la informatizzazione, di cui si sente un grande bisogno tra gli operatori del territorio”.

Miulli in rosa un impegno a 360° per la salute al femminile

Aiutare e supportare la donna dalla sua fanciullezza

di MAURIZIO GUIDO

Direttore Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia

L'interesse per la tutela della salute della donna è da considerarsi come tappa imprescindibile di un cammino virtuoso di conoscenza e di consapevolezza che coinvolge non solo gli aspetti medici delle principali patologie, ma anche molteplici aspetti del quotidiano e del sociale, poiché anche stili di vita scorretti, fin dalla giovane età, possono comportare danni per la salute generale, sessuale e riproduttiva dell'individuo. Non si può dunque non riconoscere che la specifica attenzione al mondo della fisiologia e della patologia al "femminile" venga valutata come un grosso investimento per il nostro futuro. L'obiettivo primario è quello di un miglioramento dello stato di salute della popolazione, affinché i suoi indicatori costituiscano una misura della qualità e dell'efficacia dei servizi socio-sanitari che un ospedale voglia produrre.

L'Ospedale Miulli ha da tempo focalizzato la sua attenzione e le sue attività verso una medicina di genere e, in modo particolare, è coinvolto quotidianamente nel dialogo, nell'ascolto e nel supporto di donne nelle diverse fasi della loro vita, indipendentemente dalla loro estrazione sociale e dal grado della eventuale patologia.

Si sono sviluppati, pertanto, percorsi assistenziali specifici per la patologia ostetrica, per le patologie dell'età fertile, per l'endometriosi, per la patologia mammaria, per la ginecologia oncologica, per l'endocrinologia e per la menopausa.

Questo sforzo clinico e culturale è stato premiato, nel biennio 2018/19,

MIULLI IN ROSA

La salute della donna dall'adolescenza alla menopausa



con l'assegnazione al Miulli di due Bollini Rosa da parte dell'Osservatorio Nazionale della Salute della Donna (ONDA).

Dall'insieme di queste esperienze e dalla necessità di dar vita ad una struttura capace di sostenere la donna in qualunque momento della sua vita nasce il Progetto "Miulli in Rosa", che punta al raggiungimento di grandi obiettivi:

– la diffusione e la conoscenza

dell'universo donna in un viaggio che esplori il "genere" femminile dall'adolescenza all'età senile.

– un percorso formativo e informativo che coinvolga tutte le professionalità che ruotano attorno al mondo femminile: medici, ostetriche, infermieri, psicologi, operatori dei consultori.

– uno strumento conoscitivo e di approfondimento per tematiche di genere, che dia lo sviluppo ad un nuovo

modo di "pensare" la donna. L'idea di perseguire un così ambizioso obiettivo nasce da una crescente necessità di informazione e di formazione sulla medicina di "genere".

È necessario partire dai nuclei familiari agli ambulatori dei medici di medicina generale, dall'interesse istituzionale alle quotidiane attività consultoriali, fino ad arrivare alle corsie ospedaliere dove, a volte, lo sforzo di ragionare al femminile può rendere più facile gestire una patologia, cercando di non intaccare l'equilibrio e la serenità della paziente.

Questo vuoto di conoscenze è qualcosa di complesso e profondo, che frammenta la vicinanza della donna al proprio corpo, soprattutto quando un problema pare irrisolvibile solo perché non conosciuto, scatenando sovente stati d'animo di grande apprensione.

Miulli in Rosa, dunque, si pone la finalità di aiutare e supportare la donna dalla sua fanciullezza, con le prime scoperte legate al mutamento del suo corpo, fino all'età adulta. Un cammino che permetta, mediante un sostegno medico competente, di affrontare problematiche e far conoscere tematiche che scandiscano, in modo preparato, le diverse fasi della vita (il primo ciclo mestruale e le problematiche legate all'adolescenza,

le malattie sessualmente trasmissibili, l'infertilità, l'endometriosi, il cancro, la menopausa e tanto altro).

Questo percorso prevede apporti conoscitivi specifici mediante progetti, conferenze e meeting anche all'interno dei circoli didattici, ove cultu-

1) La pubertà con tutti i cambiamenti e le problematiche tipiche di questo periodo.

2) La maturità sessuale con un'attenzione particolare alla salute dell'apparato riproduttivo e le scelte responsabili ad esso connesse.

3) La gravidanza: la necessità della riscoperta di un percorso fisiologico e la certezza di un accompagnamento e di un sostegno nella gravidanza patologica.

4) La patologia dell'apparato genitale: la salute emotiva e le procedure chirurgiche degli interventi ginecologici; il percorso diagnostico e strumentale e la necessità della conoscenza del proprio corpo.

5) La menopausa: l'accettazione e la riscoperta di nuove possibilità; la medicina rigenerativa.

Un supporto dunque discreto e non invadente, nelle normali e fisiologiche

evoluzioni dell'essere donna e nelle necessità che ad esse si accompagnano.

Infine, Miulli in Rosa si pone un ultimo ed ambizioso obiettivo: fare ricerca di genere stimolando, ove necessario, lo sviluppo e le idee del mondo scientifico anche attraverso l'accesso a finanziamenti specifici.

Ente Ecclesiastico
OSPEDALE GENERALE REGIONALE
MIULLI

MIULLI
in **ROSA**
Un impegno a 360° per la salute femminile

Ospedale Generale Regionale "F. Miulli"
Strada Prov. 127 Acquaviva
Santeramo Km 4.100
70021 Acquaviva delle Fonti (BA)
www.miulli.it

080.3054410
L'utenza potrà effettuare la prenotazione nei seguenti giorni:
dal lunedì al giovedì, orari: 10.00-13.00/14.00-16.00
il venerdì dalle 10.00 alle 13.00

ra è altresì lo studio e l'attenzione per la salute del nostro corpo.

Miulli in Rosa si propone di focalizzare alcuni periodi specifici della vita della donna analizzando ed approfondendo tutte le tappe di questo meraviglioso viaggio nell'universo femminile:

Neurochirurgia al Miulli, rimozione di un osteocondroma a livello cervicale

Intervento brillantemente riuscito

di CARLO DELVECCHIO

specialista in neurochirurgia ed è
Dirigente Medico presso l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Generale Regionale

La neurochirurgia del Miulli è ormai una realtà affermata nell'offerta sanitaria regionale. Già da alcuni anni è infatti in costante crescita sia per quantità che per qualità degli interventi chirurgici eseguiti in ambito degenerativo, oncologico e traumatologico, potendo competere sia a livello regionale che nazionale anche per

tumefazione dura, di consistenza ossea, poco sopra la clavicola destra. La diagnostica neuroradiologica ha evidenziato un tumore estremamente raro e straordinariamente complesso per la sua posizione, pericolosamente vicina a delicate strutture vascolari e nervose. Si trattava in particolare di un osteocondroma, tra i tumori cartilaginei benigni più frequenti nelle regioni metafisarie delle ossa lunghe, ma estremamente raro a livello vertebrale ed ancora più raro a livello cervicale.

Nella letteratura internazionale è de-

e operato all'interno di un team multidisciplinare formato dal prof. Vincenzo D'Angelo, dal dott. Carlo Somma, dal prof. Giovanni Colacchio e dal prof. Marc Coggia. Ognuno, per le proprie competenze, ha analizzato le caratteristiche tecniche dell'intervento ritenendolo alla fine possibile nella massima sicurezza per la paziente.

Nonostante la rarità del caso e gli alti rischi di lesioni vascolari e nervose connessi all'intervento (la ragazza ha rischiato la vita per emorragia e la plegia dell'ar-



tecnologie in uso di assoluta avanguardia.

In continuità con questo trend di crescita, si è rivelato di particolare rilevanza lo straordinario intervento chirurgico eseguito pochi mesi fa e del quale è possibile dare ora notizia data la certezza dell'ottimo risultato conseguito da un punto di vista clinico ed iconografico. Il caso è quello di una ragazza di 19 anni che si è rivolta alle cure del Miulli dopo aver notato la progressiva crescita di una



Ente Ecclesiastico
Ospedale Generale Regionale

MIULLI

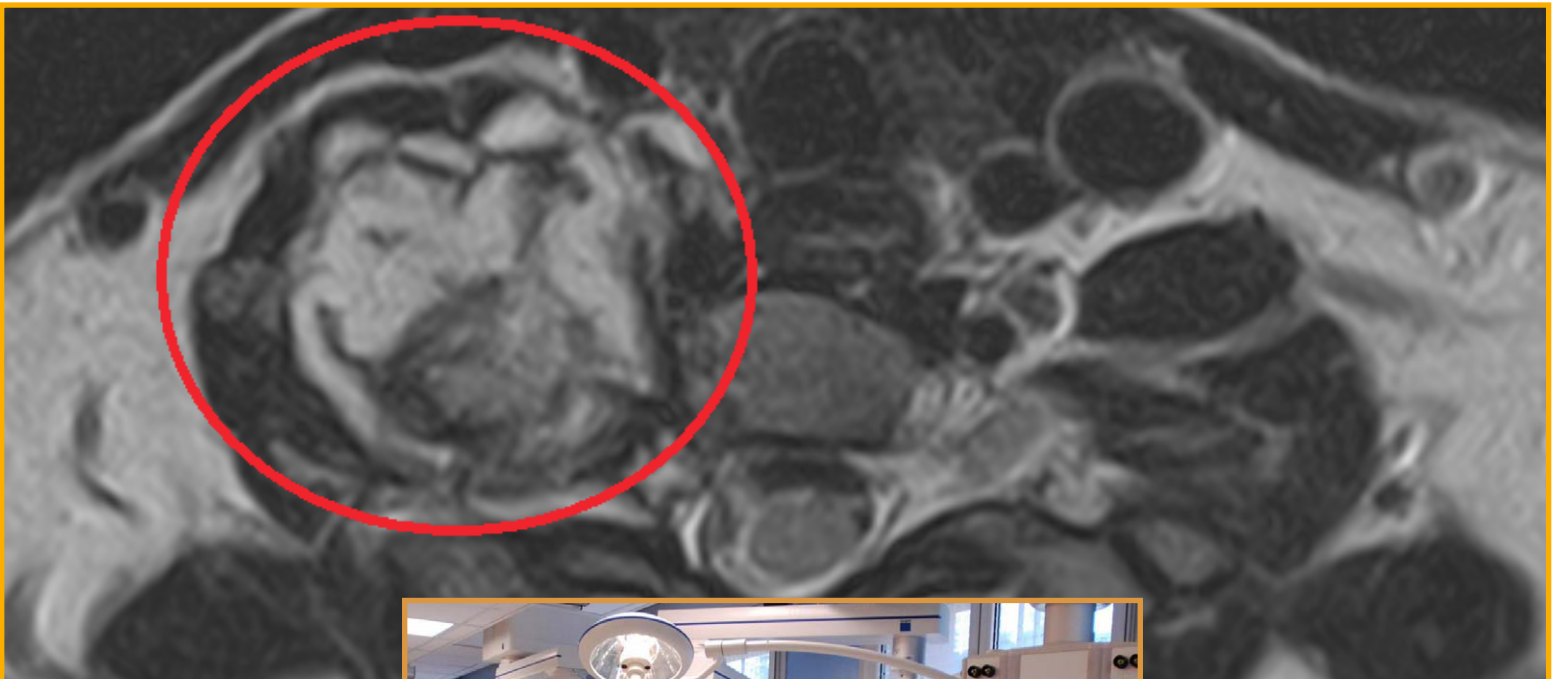
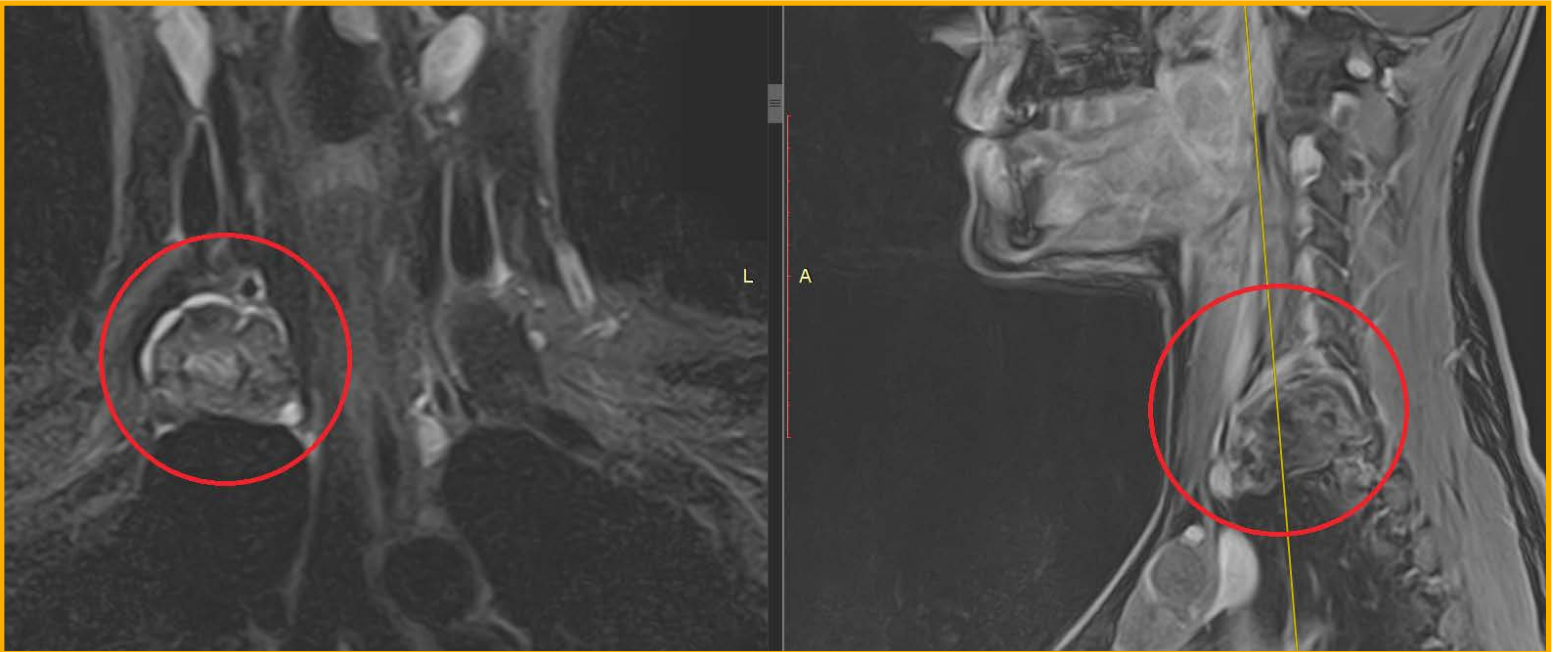
scritto solo un altro caso cervicale, ma ad un livello diverso rispetto al caso in questione, dove il tumore si localizzava nella porzione anteriore della prima vertebra toracica, con invasione del neuroforame C7-T1 a destra. Il caso è stato discusso

to superiore destro), grazie all'esperienza dei chirurghi e alle tecnologie messe a disposizione dal Miulli (neuromonitoraggio, aspiratore ad ultrasuoni), si è deciso di proporre alla giovane paziente l'intervento chirurgico, sia per il disagio provato alla giovane paziente dalla lesione antiestetica, sia per gli iniziali segni di compressione delle radici nervose alla luce dei formicolii che la ragazza aveva cominciato a lamentare da qualche mese all'arto superiore destro, sia per il pur raro rischio

di degenerazione maligna. Non operare la ragazza avrebbe significato esporla ad un sicuro peggioramento della compressione della lesione sulle strutture nervo-

neuromonitoraggio, che aveva escluso danni nervosi e indicava che il tumore era stato rimosso praticamente in toto. La ragazza nelle ore successive all'inter-

vento è stata neuromonitorata in terapia intensiva ed il giorno successivo ha fatto rientro in reparto senza accusare alcun deficit neuro-vascolare, tanto che



se, con difficoltà ad utilizzare il braccio destro, e a una probabile evoluzione in senso maligno del tumore.

Dopo il consenso della paziente e dei suoi genitori l'equipe multidisciplinare costituita da neurochirurghi, chirurghi vascolari e toracici ha effettuato il delicato intervento chirurgico. L'intervento è durato poco più di 6 ore ed è brillantemente riuscito. Già durante la sua realizzazione i chirurghi avevano avuto dati molto confortanti dal



è stata dimessa in quinta giornata post-operatoria. I controlli successivi hanno confermato il successo del delicatissimo intervento chirurgico eseguito su una forma di tumore molto rara.

Già in passato al Miulli erano stati eseguiti interventi tecnici di straordinaria difficoltà tecnica, ma questa volta grande è stata la soddisfazione di tutta l'equipe nel ripagare la fiducia accordata dalla ragazza e dei suoi genitori.

Riferimento per le malattie gastrointestinali e punta di diamante per la medicina personalizzata

Emiliano inaugura nuovo reparto di Oncologia

Il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano, insieme con il direttore generale dell'Ente Tommaso Stallone e il direttore scientifico Gianluigi Giannelli, ha inaugurato il nuovo reparto di Oncologia dell'IRCCS "Saverio de Bellis" di Castellana Grotte. Il Reparto di Oncologia ha sei posti letto attivati e laboratori di ricerca dedicati alla Medicina Personalizzata, alla Genetica Medica e all'Immunopatologia.

diamoci che il cancro del colon retto è uno dei tumori più difficili da aggredire e da diagnosticare. Qui sia la diagnosi che la cura sono un'eccellenza assoluta".

Emiliano ha anche ricordato come oggi l'IRCCS di Castellana Grotte si sia anche attrezzato, con letti e degenze specifiche, per la gestione dei grandi obesi le cui malattie metaboliche spesso si associano anche alle malattie tumorali e oncologiche.

E per questo dobbiamo ringraziare sia il direttore generale dell'Ente Tommaso Stallone che il direttore scientifico Gianluigi Giannelli".

Emiliano ha quindi visitato i laboratori di ricerca, tra i quali quello dedicato alla medicina personalizzata.

"In queste stanze – ha aggiunto il Presidente – si lavora per creare i protocolli di cura personalizzati per ciascun paziente. Questo lavoro si collega alla

perfezione con quello che stiamo facendo in Puglia, finanziato dalla Regione, attraverso la costituzione del Tecnopolo a Lecce in collaborazione con il CNR. Sostanzialmente è quello che volevano fare nell'area dell'Expo di Milano e che non sono ancora riusciti a fare. Noi in Puglia siamo già partiti e stiamo lavorando davvero bene: l'IRCCS di Castellana Grotte è la punta di diamante della medicina personalizzata". Il direttore generale dell'IRCCS Tommaso Stallone si è soffermato sugli aspetti complessivi legati al Piano di riordino.

"Il Piano di riordino della rete ospedaliera – ha detto Stallone - ci porta a

completare i posti letto di questo IRCCS. Ora con i sei posti letto di oncologia attivati, arriviamo a 89 posti letto. Il passo successivo sarà di arrivare a 124 posti letto. La prima operazione da fare è aumentare i posti letto di chirurgia che passeranno dai 35 attuali a 50 con due unità operative, una dedicata alle complessità del tubo digerente e l'altra dedicata alla patologia epato bilio pancreatica attraverso le nuove tecniche di laparoscopia avanzata". Per il direttore scientifico dell'Ente Gianluigi Giannelli: "i laboratori di medicina personalizzata



"L'IRCCS di Castellana Grotte è un luogo storico – ha detto il Presidente Emiliano visitando la struttura ospedaliera – prima di tutto perché da sempre è punto di riferimento per le malattie legate all'apparato gastrodigerente e poi perché dal 1982, sino ad oggi naturalmente, ha avuto il riconoscimento dal Ministero di Istituto di Ricerca e cura scientifica con le numerose attività di ricerca e di studio. Oggi stiamo inaugurando il reparto di oncologia che onestamente ci riempie di serenità perché questo è un luogo dove si guarisce dal cancro. Ricor-

"Quando sono diventato presidente – ha poi aggiunto Emiliano - tutti e due gli IRCCS pugliesi, sia l'Oncologico di Bari che questo, erano al collasso e rischiavano di chiudere. Il de Bellis addirittura stava rischiando di perdere la sua caratteristica di IRCCS. Oggi possiamo dire invece che non solo il de Bellis ha avuto la riconferma dal Ministero per il 2018, ma il suo Impact Factor (il valore che si basa sul numero delle citazioni degli articoli pubblicati su riviste nazionali ed internazionali nei cinque anni precedenti ndr) è salito a 400 per la prima volta.

zata si rifanno alla medicina di precisione fortemente voluta dall'ex Presidente Obama qualche anno fa, una medicina di precisione che rappresenta un diverso approccio culturale, laddove la stessa malattia e gli stessi farmaci possono avere conseguenze diverse a seconda dell'individuo che le ospita".

Infine il direttore di oncologia dell'Ircs Ivan Roberto Lolli ha ringraziato il Presidente: "per aver portato a termine un percorso che ha dato al de Bellis una struttura di eccellenza di oncologia che ha il compito gradualmente di mettersi allo stesso livello delle altre eccellenze già presenti nell'IRCCS".

della ricerca scientifica consentiranno di centrare l'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario e per puntare a diventare un polo attrattivo per le altre regioni italiane e anche per l'estero.

CHE COSA È L'IRCCS DI CASTELLANA GROTTA

L'IRCCS "de Bellis" di Castellana Grotte (Bari) è un centro di riferimento per la patologia del tratto gastroenterico. Offre prestazioni in ambito gastroenterologico sia di tipo medico che di tipo chirurgico di alta specializzazione e complessità con procedure diagnostiche ed interventistiche di tipo endoscopico e

ORGANIZZAZIONE DELL'ENTE

L'Ente è organizzato in due unità operative di degenza di gastroenterologia (con 20 posti letto ognuna ed indirizzi clinici diversificati: una epatologica e l'altra endoscopica), una unità operativa di degenza di oncologia dove, dal mese di gennaio 2019, sono stati attivati 6 posti letto previsti dal piano di riordino (presenti da anni sulla carta ma mai resi operativi), una unità operativa di chirurgia generale con 35 posti letto attualmente che entro l'anno 2019 saranno portati a 50 e le unità di chirurgia diventeranno 2. Anche le due unità di chirurgia avranno indirizzi diversificati una sul tubo gastroenterico con annessa chirurgia bariatrica e l'altra con focalizzazione sulla patologia epato-bilio-pancreatica e laparoscopia avanzata.

Completano la struttura organizzativa dell'Ente una unità operativa di rianimazione con 8 posti letto ed annessa anestesia, e le unità operative di anatomia patologica, di radiologia, di genetica medica e di patologia clinica.

PASSI FUTURI

Nel breve tempo saranno attivate le unità operative di malattie metaboliche e di medicina previste dal piano di riordino e con 10 posti letto ognuna, piano di riordino che assegna al de Bellis 124 posti letto (ad oggi operativi 89 posti letto compresi i 6 posti letto di oncologia appena attivati).

Con questo assetto strutturale, che è stato già condiviso, concordato e finanziato dalla Regione Puglia e dal Ministero della Salute che hanno fortemente creduto e voluto un rilancio della struttura, sarà possibile svolgere un ruolo centrale nella patologia oncologica addominale ma anche percorsi che coinvolgono i corretti stili di vita come il tema dell'obesità.

TEMI PORTANTI

La scelta dei temi sui quali si è deciso di investire come la chirurgia epato-bilio-pancreatica e l'obesità, si è fondata sull'analisi della epidemiologia della casistica regionale e sulla volontà di ridurre/azzerare la migrazione fuori Regione dei cittadini pugliesi per queste problematiche.



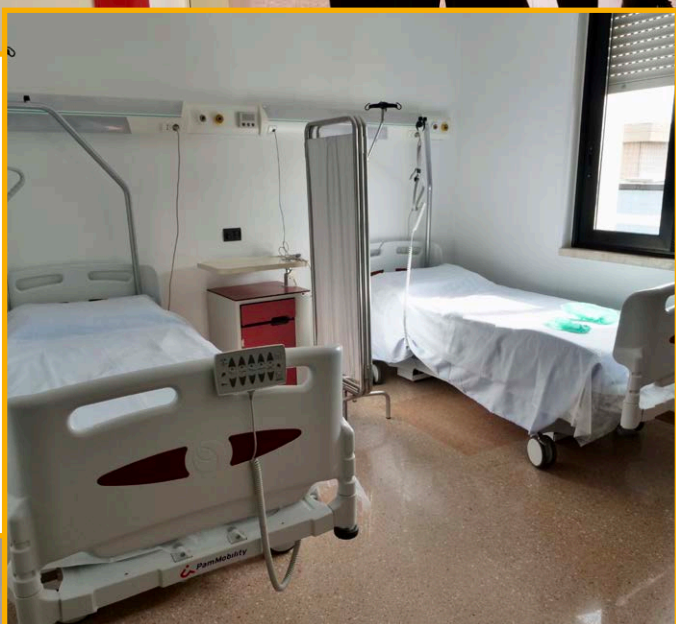
RICONOSCIMENTO DELL'IRCCS E IMPACT FACTOR

Anche per il 2019 è arrivata dal Ministero la conferma del riconoscimento al de Bellis di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. La novità di quest'anno è rappresentata dal valore dell'Impact Factor (il valore si basa sul numero delle citazioni degli articoli pubblicati su riviste nazionali ed internazionali nei cinque anni precedenti). Per la prima volta l'IF del De Bellis è salito a 400 nel 2018. Era 271 nel 2017 e nel 2016 addirittura 55 (ultimo in classifica). Da quando è stato riconosciuto IRCCS (31 marzo 1982), l'Impact Factor più alto del de Bellis è stato raggiunto nel 2014 con 169 punti. Un livello alto di prestazioni assistenziali e la qualità

di chirurgia complessa per patologia tumorale e non sul tubo gastroenterico con un ruolo centrale nella rete del cancro del colon-retto ed anche su esofago, stomaco, fegato e pancreas.

Inoltre sono molto attive le prestazioni ambulatoriali anche per patologie meno complesse con gli ambulatori che assicurano anche prestazioni di diagnostica come ad esempio il test di permeabilità intestinale al magnitolo e lattulosio eseguite presso l'IRCCS come unica struttura sanitaria da Napoli in giù.

Tutte le attività assistenziali sono abbinate a linee di ricerca sia di tipo laboratoristico che di tipo sperimentale che assicurano sempre il meglio e le più innovative terapie ed indagini strumentali.



Emiliano a Foggia: "Stiamo costruendo un Policlinico per questa città "

Obiettivi strategici per la rifunzionalizzazione degli Ospedali Riuniti

Il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano ha partecipato a Foggia all'evento "4+4 passi con Emiliano", organizzato dal direttore generale degli Ospedali Riuniti, Vitangelo Dattoli, per tracciare lo stato dell'arte complessivo dei quattro temi individuati come gli obiettivi strategici per la rifunzionalizzazione degli Ospedali Riuniti, e cioè l'Urbanistica, gli Immobili, la Dotazione Organica e l'Università.

ne di milioni di euro che sta portando a Foggia le migliori menti e i migliori talenti sanitari. Tutto questo lo abbiamo realizzato grazie allo spostamento dell'ex direttore generale del Policlinico di Bari Vitangelo Dattoli qui a Foggia proprio per spingere questo processo che è un processo anche urbanistico. Gli Ospedali Riuniti infatti erano assediati da una serie di norme urbanistiche sbagliate che ne impedivano lo sviluppo".

co, un campus, con un'attività di didattica e di ricerca oltre che di assistenza, in un processo di miglioramento della qualità e dell'habitat. I recenti provvedimenti del Consiglio Comunale di Foggia hanno delineato e consentito l'inizio dei lavori.

Cinque le opere autorizzate dal provvedimento del Consiglio comunale:

- realizzazione di via Pelosi
- realizzazione del parcheggio



Insieme ad Emiliano e a Dattoli, il Sindaco di Foggia Franco Landella, il Rettore dell'Università di Foggia Maurizio Ricci e il Preside della Facoltà di Medicina Gianluigi Vendemiale.

"Noi stiamo realizzando su Foggia due grandi opere - ha detto il presidente Emiliano incontrando i giornalisti - e cioè l'allungamento della pista dell'aeroporto, che è importantissima, ma soprattutto l'integrazione con la città e la costruzione del Policlinico di Foggia. Una iniziativa che costerà diverse deci-

"Noi veniamo qui a Foggia sistematicamente - ha concluso il Presidente - proprio per verificare cosa accade. La prossima tappa sarà a giugno quando, mi auguro, di inaugurare Il nuovo DEA, una torre modernissima che contiene tutte le più moderne e tecnologiche funzioni per la gestione delle malattie e delle emergenze più importanti".

•Urbanistica

Gli "Ospedali Riuniti" sono ormai proiettati a diventare sempre più un Policlini-

nord di circa 400 posti auto

- inclusione di viale Pinto all'interno dell'area ospedaliera con conseguente pedonalizzazione dell'arteria e la creazione di ampi spazi attrezzati
 - realizzazione di moderna elisu-pficie progettata anche per voli notturni
 - realizzazione di ampio parcheggio a sud di circa 500 posti auto, collegato anche con nuovi assi stradali
- L'imminente inizio dei lavori da parte del Comune di Foggia per la realizzazione del cosiddetto Orbitale consentirà

di collegare le citate opere di via Pelosi e dei grandi parcheggi in maniera tale non solo da decongestionare il traffico della città di Foggia, ma da poter inserire il Policlinico "Ospedali Riuniti" in un contesto agevole di viabilità verso le principali arterie di interesse nazionale e regionale e allo stesso aeroporto.

• Immobili

Sono scaduti il 19 dicembre 2018 i bandi per la presentazione delle offerte tecniche ed economiche relative all'incarico per l'affidamento della progettazione di tre grandi interventi: la riqualificazione insediativa per messa a norma antisismica del denominato "Monoblocco" previo abbattimento dell'attuale plesso, i lavori

• Dotazione Organica

Si è dato il via alla più poderosa iniziativa di reclutamento del personale di tutti i tempi, grazie anche allo sblocco a livello regionale dei meccanismi autorizzativi che fino a poco tempo fa rendevano difficili tali procedure. Si è appena concluso il concorso per dirigenti amministrativi e sono state attivate le procedure concorsuali più importanti che riguardano le categorie protette, il personale di comparto, il personale sanitario, i dirigenti medici e i direttori di struttura complessa.

• Università

La Legge 44/2018 ha stanziato 45 mi-

lioni di euro per le Università di Foggia e Bari. In occasione della I edizione dei "4 passi con Michele Emiliano" del 19 dicembre 2017 si manifestò la necessità di un intervento della Regione Puglia di carattere economico per recuperare, consolidare o ampliare le Scuole di Specializzazione delle due Facoltà Mediche, consentendo, quindi, di assumere nuovi docenti per poter raggiungere gli standard obbligatori per legge. Tale obiettivo è stato raggiunto e in questi giorni le due Università stanno avviando consequenzialmente le procedure concorsuali.

Un ambizioso progetto integrato che consentirà al Policlinico di Foggia di proiettarsi nel panorama dell'offerta non solo provinciale e regionale, ma



di adeguamento alla normativa antisismica, impiantistica ed antincendio con riqualificazione distributiva del Presidio Ospedaliero D'Avanzo e la riqualificazione delle palazzine minori degli "Ospedali Riuniti" con creazione della cosiddetta torre dei laboratori, previo abbattimento dei plessi "ambulatorio" e "laboratorio". Aumentati gli sforzi per completare in tempi brevi i lavori per l'adeguamento antincendio, l'efficientamento energetico e per la riqualificazione del Plesso Maternità.



anche interregionale come fondamentale polo di attrazione sanitaria accreditata e fortemente integrata con la sanità pubblica e privata. Raggiunti i primi quattro obiettivi strategici per gli ospedali Riuniti di Foggia (Urbanistica, Immobili, Dotazione Organica e Università), si passerà ad affrontare altri 4 temi strategici per lo sviluppo dell'ospedale saranno la qualità dell'assistenza, l'innovazione tecnologica, l'organizzazione, l'accoglienza e la trasparenza.

Intervista al Presidente del Consiglio di Amministrazione Bartolomeo Frasca

Forniture nel settore della diagnostica di laboratorio

Come e quando nasce la sua azienda?

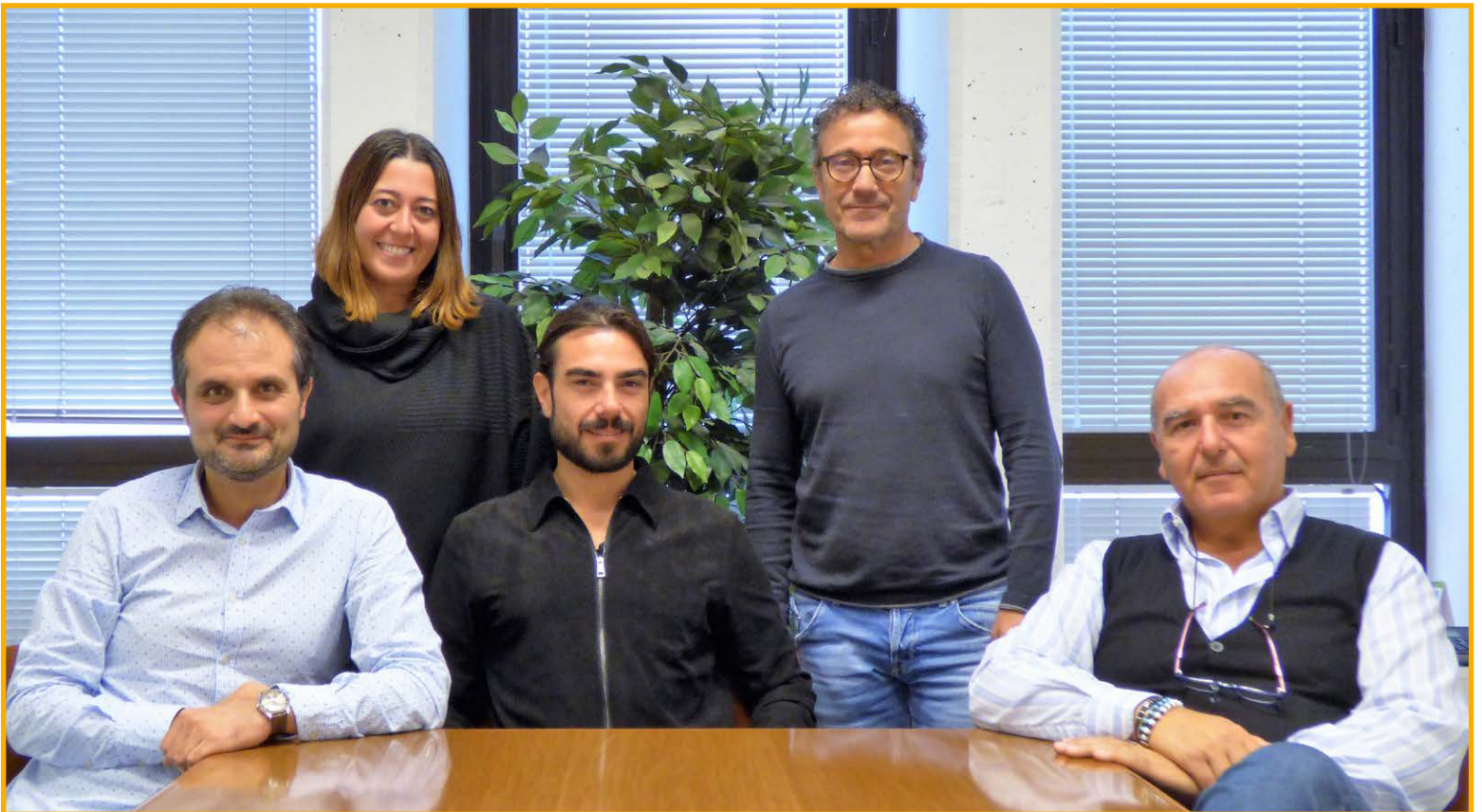
La PU.RA. Puglia Rappresentanze Srl è una società fondata il 12 gennaio 2012 per iniziativa di due colleghi, diventati imprenditori grazie ad un bagaglio di esperienza pluriennale nel settore medicale. La società, che ha sede a Bari, ope-

ze degli operatori sanitari.

Perché la sua azienda ha deciso di occuparsi di fornitura per la Pubblica Amministrazione e quali sono stati i beni e servizi che vi hanno consentito di crescere nell'ambito del Ssr?

oltre che una vasta gamma di apparecchiature e reagenti per laboratori di analisi, di genetica, di biologia molecolare, di anatomia patologica e centri trasfusionali.

“La comunicazione è la base della nostra politica. La soddisfazione del cliente il nostro obiettivo”. È questo il motto di PU.RA. Puglia Rappresentanze Srl che ha come obiettivo



ra e collabora nel campo sanitario regionale. In particolare, si occupa di commercio e rappresentanza di apparecchiature, di reagenti e sistemi per applicazioni in campo diagnostico al fine di fornire al medico tutte le informazioni necessarie per formulare un corretto piano terapeutico.

La società è formata da un team specializzato, composto da 7 persone tra dipendenti e collaboratori, pronto a soddisfare tutte le esigen-

La PU.RA. Puglia Rappresentanze Srl ha intrapreso la strada delle forniture per la Pubblica Amministrazione sulla base del know-how maturato in questo campo dai soci fondatori che si è consolidato in particolare grazie alla forniture nel settore della diagnostica di laboratorio.

Scendendo più in dettaglio, PU.RA. Puglia Rappresentanze offre servizi e consulenza per la progettazione e la fornitura di arredi di laboratorio

costante il continuo perseguimento di una elevata efficienza interna come chiave di continuità e crescita mirata alla soddisfazione del cliente.

Qual'è il punto di forza della vostra azienda?

Il punto di forza della nostra attività è il porre il principio dell'assistenza al cliente al primo posto attraverso la cura della comunicazione in risposta ai suoi bisogni ed esigenze.

Alla prevalente attività di rappresentanza, abbiamo affiancato in misura sempre più crescente anche un'attività di rivendita che, seppur comportando un investimento economico maggiore, da la possibilità di fidelizzare maggiormente il cliente. Ci poniamo come obiettivo quello di

spingere la Regione Puglia e le ASL pugliesi a consentire stabilmente la partecipazione alla gare anche alle imprese territoriali; il tutto anche attraverso l'attività e l'impegno dell'Associazione AFORP.

Perché avete aderito all'A.F.O.R.P.

e quali potrebbero essere le prospettive dell'Associazione?

Far parte dell'AFORP fa sì che la nostra impresa possa essere sostenuta costantemente dall'informazione fino alla attiva partecipazione nell'ambito della sanità pugliese.



PROFILO SOCETARIO

<i>Sede legale</i>	Parco Scizzo n. 45 - 70016 Noicattaro (BA)
<i>Sede operativa</i>	Via Amendola n. 191/S - 70126 Bari
<i>Telefono</i>	080-5587347
<i>Fax</i>	080-5430736
<i>E-mail</i>	info@pugliarappresentanze.it
<i>Posta certificata</i>	purasrl@legalmail.it
<i>P.IVA / Codice Fiscale</i>	07288280725
<i>Sistema Gestione Qualità</i>	ISO 9001:2015
<i>Direzione Comm.le</i> Cosimo Castellano	3488085749 / castellano.pura@gmail.com
<i>Direzione Comm.le/Amministratore Unico</i> Bartolomeo Frasca	3488085750 / bartolomeo.frasca@gmail.com
<i>Commerciale</i> Sergio Castellano	3881251805 / sergio.castellano@pugliarappresentanze.it
<i>Ufficio Gare</i> Nicola Iusco	080-5587347 / nicola.iusco@pugliarappresentanze.it
<i>Ufficio Gestione Ordini</i> Donato Di Nunzio	080-5587347 / dino.dinunzio@pugliarappresentanze.it
<i>Ufficio Marketing</i> Francesca Vigna	080-5587347 / francesca.vigna@pugliarappresentanze.it
<i>Ufficio Contabilità</i> Mimmo Mastronardi	080-5587347 / info@pugliarappresentanze.it

Al Rolex Capri Sailing Week ha primeggiato sia nel Campionato Nazionale del Tirreno che alla regata dei Tre Golfi

Morgan IV del barese Nicola de Gemmis vince tutto

Un grande 2018 per Morgan IV del barese armatore Nicola de Gemmis, che alla Rolex Capri Sailing Week ha primeggiato sia nel Campionato Nazionale del Tirreno che alla regata dei Tre Golfi, nella classe 2 del raggruppamento ORC-A. Inoltre ha vinto il trofeo Punta Stendardo a Gaeta e il titolo italiano nella classe 2C del gruppo A. Nicola de Gemmis continua a mietere vit-

ha conquistato dopo essere stato un bravo subacqueo e successivamente, cominciò ad avventurarsi sfidando il mare e soprattutto mettendoci tanto impegno e tantissima passione. "La mia è una storia strana. Da giovane ero appassionato di subacquea. Un bel giorno decisi di prendere una barca a vela perché fosse di supporto a noi sub. Ma cominciando a solcare il mare ho ca-

pito che quella era la vera passione della mia vita. Erano gli inizi degli anni Ottanta, da allora non mi sono più fermato". Svela anche il segreto del perché abbia chiamato Morgan la sua barca. "Mi ha ispirato mia figlia. Vedeva una serie televisiva ispirata al famoso bucaniere. Mi piaceva la sua storia e mi sono identificato in lui". Ha raggranellato vittorie su vittorie, diventan-



torie e a conquistare trofei. Non si ferma più. E' davvero instancabile, perché "Il mare è la mia vita". Per Nicola de Gemmis, titolare della ME.DI.COM, impresa associata A.F.O.R.P., che è anche lo sponsor della barca insieme a Villa Schinosa e la shore team Renata Fregola per l'organizzazione della logistica a terra, il rapporto con il mare è tutto, è la sua vita e la barca Morgan la sua passione. Un rapporto ombelicale che lo lega da sempre, ad uno sport, che lo



do un simbolo per la città di Bari, con lo sport della vela. Bravo e complimenti, da tutti noi di Vivilasanià. Auguri da tutta la grande famiglia A.F.O.R.P., con in testa il Presidente Beppe Marchitelli ed il Vice Presidente Grazia Guida insieme ai consiglieri del Direttivo e dei Probi Viri. Gli auguri sono davvero speciali perché Nicola de Gemmis, con la sua inseparabile Morgan IV, è ormai considerato invincibile!



Campagna nuovi Associati 2019

Per gli Imprenditori del Servizio Sanitario Regionale

Con AFORP si conta di più!

L'A.F.O.R.P. (Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia), rappresenta le realtà della Sanità che operano nelle Regioni Puglia e Basilicata.

Nasce il 10 Maggio 1984 con l'intento di riunire le imprese, sia regionali che extra territoriali, del settore Sanità che si occupano di forniture di beni e servizi alle Aziende Sanitarie pubbliche e private.

La nostra mission

Lavoriamo per tutelare gli interessi economici e professionali delle aziende associate, mettendo a disposizione il nostro consolidato know-how nel settore delle forniture ospedaliere e la conoscenza qualificata per affrontare le criticità tenendo presente le diverse realtà territoriali.

Alcune attività ed iniziative

- L'A.F.O.R.P., consapevole dell'importanza del ruolo Istituzionale che rappresenta, stabilisce fattivi rapporti con la Regione e recentemente ha incontrato il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano insieme ai vertici aziendali di Innovapuglia ed Empulia, manifestando disponibilità ed una ampia collaborazione verso la realizzazione di Tavoli Tecnici che consentano di dare voce alle esigenze delle PMI. Numerose anche le attività rivolte verso la Commissione Sanità, l'A.E.PeL. (Associazione Economi Puglia e Lucania), l'A.Re.S. (Agenzia Regionale Sanitaria). Inoltre sono costanti i momenti di incontro con i professionisti del Servizio sanitario regionale al fine di risolvere problematiche e promuovere iniziative.
- Organizziamo attività di formazione e aggiornamento per le Leggi regionali e nazionali oltre sui lavori di recepimento del nuovo Codice degli Appalti.
- Garantiamo assistenza di informazione e di comunicazione alle aziende offrendo servizi editoriali e multimediali necessari per lo svolgimento di una moderna attività imprenditoriale.
- La nostra segreteria associativa è aperta tutti i giorni dalle ore 09.00 alle ore 12.00 per soddisfare i quesiti delle imprese associate.

Perché associarsi

Perché insieme siamo più forti! Poter contare su una Associazione riconosciuta dalle Istituzioni politiche ed amministrative del settore Sanità, che riunisce aziende che condividono le stesse esperienze e gli stessi interessi, significa far parte di una grande realtà associativa. L'A.F.O.R.P. in questi ultimi trent'anni ha acquisito forza e credibilità: questo è il nostro valore aggiunto che ci consente di far fronte ai cambiamenti socio-economici in atto riconoscendo l'importanza di fare Sistema.

Chi può diventare socio A.F.O.R.P.

Tutte le aziende che esercitano attività commerciale per la fornitura di beni e servizi nel settore delle forniture ospedaliere comprese società cooperative, laboratori, Rsa.

tel.: 080.5544651 (ore 9.00 – 12.00)

e-mail: segreteria.papalia@aforp.it / info@aforp.org

oppure aforp@pec.it

Seguici anche su:

www.aforp.it





GLI ASSOCIATI DELLA RETE AFORP

Seguici anche su:
www.aforp.it





VIVILASANITA'

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità

Periodico di Informazione ed Approfondimento

Iscritto al Tribunale di Bari al n. 21
del Registro della Stampa
in data 19 maggio 2009

EDITORE AFORP

Associazione Fornitori Ospedalieri
Regione Puglia
Via Papalia, 16 - 70126 BARI
Tel.: 080 5544651

DIRETTORE EDITORIALE BEPPE MARCHITELLI

DIRETTORE RESPONSABILE DOMENICO DE RUSSIS

IMPAGINAZIONE & GRAFICA RENZO DIBELLO

rengraf.com

PER COMUNICAZIONI E PROPOSTE
ufficiostampa@aforp.it

Seguici anche su:

www.aforp.it

