



RASSEGNA STAMPA

8 giugno 2010

UFFICIO STAMPA A.A.R.O.I.-EM.A.C.

KOALASTUDIO Giornalisti Associati

Rossella PRESSI – rossella.pressi@koalastudio.it – 338 3391431

Veronica DE CAPOA – veronica.decapoa@koalastudio.it – 349 8110044

Relazioni con i media: Giuliana TINTI – giuliana.tinti@studiotinti.net – 335 7622025

SANITÀ: MARINO, OGNI ANNO 1 MLN DI PAZIENTI DA SUD A NORD PER FARSI CURARE

«Il Paese ormai è diviso in due per quanto riguarda la sanità. Un milione di pazienti, ogni anno, si muovono dal Sud verso il Nord per necessità di cure. Non abbiamo bisogno di ulteriori indicatori per capire la pericolosa strada intrapresa». Lo sostiene Ignazio Marino (Pd), presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale del Senato, intervenuto oggi a Roma al convegno 'La cura del Ssn, priorità di interventò. Marino ricorda alcuni dati. «Il 65% delle donne che partoriscono a Reggio Calabria - sottolinea - partoriscono con il cesareo. E la Campania, che vanta la popolazione più giovane d'Europa, ha il tasso di ospedalizzazione più alto del continente. Addirittura 226 pazienti su mille, ogni anno, si ricoverano almeno una volta». Il governo, secondo Marino, deve dare delle risposte. «Invece viene aggiunto il blocco del turnover - conclude il senatore-chirurgo - nonostante ci sia già una carenza di 1.500 anestesisti».

AAROI-EMAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail:segreteria@aaroiemac.it
www.aaroiemac.it

Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044



VII CONGRESSO SIARED/ Fronte comune tra rianimatori e dottori dell'emergenza

Anestesisti contro il dolore

Nel mirino anche quello cronico - Specialità senza libera professione

Lotta al dolore acuto e cronico, gestione delle maxi-emergenze, analisi del rischio anestesiológico, innovazione nelle terapie iperbariche, il passaggio dal sistema 118 al numero unico 112. Il settimo congresso della Siared, società scientifica che riunisce anestesisti rianimatori e medici dell'emergenza, che si è svolto a Villasimius dal 29 al 31 maggio, ha messo in evidenza la molteplicità dei ruoli in cui i professionisti sono chiamati ogni giorno a operare.

Nelle parole delle decine di relatori che si sono alternati nella tre giorni organizzata con il supporto organizzativo e istituzionale del sindacato Aaroi-Emac, di cui la Siared è diretta emanazione, si sono mescolati i temi strettamente medico-scientifici a problematiche dal forte impatto sociale, con l'intervento di esperti provenienti da realtà internazionali che hanno portato le proprie esperienze. Come ha spiegato il presidente Siared, **Giuseppe Marraro** «fare il punto sulla professione significa condividere le innovazioni sulla base delle risposte fornite ogni giorno nelle corsie, ma anche elaborare nuove linee guida comuni per rispondere in maniera sempre più efficace e condivisa alle emergenze di piccola e grande portata». Per questo durante il convegno sono state presentate le esperienze di gestione legate alle maxi-emergenze del terremoto in Abruzzo e del disastro ferroviario di Viareggio.

In entrambi i casi, i medici rianimatori sono stati in prima linea per far fronte al bisogno dei cittadini, anche in situazioni limite come quelle abruzzesi, dove i sanitari hanno dovuto portare avanti il proprio lavoro in strutture gravemente

danneggiate e con un coordinamento a volte problematico. Sicuramente per far fronte a questi bisogni, occorre investire: una Sanità povera è una Sanità a rischio.

«Il congresso di quest'anno apre le porte a tutti i medici che lavorano nelle emergenze e nelle aree critiche. Professionisti di grande responsabilità per cui la Aaroi-Emac chiederà un trattamento differenziato sia dal punto di vista normativo che contrattuale» ha specificato **Vincenzo Carpino**, presidente del sindacato.

Tra le tematiche più sentite per la categoria c'è senz'altro la lotta al dolore. Non solo quello legato ai postumi operatori, ma anche quello cronico vissuto normalmente e spesso con rassegnazione da milioni di persone e di quello acuto nelle emergenze. Qui il ruolo dell'anestesista diventa prezioso perché sono proprio loro i depositari dell'innovazione nella riduzione della sofferenza. Il dolore per anni è stato ritenuto sintomo essenziale per effettuare la diagnosi. L'aspetto cruciale allora diventa la misurazione del dolore stesso, secondo parametri e una scala condivisa da tutti i medici. Il punto è che il concetto stesso di dolore è straordinariamente ampio. «Nel caso del dolore in emergenza - come ha spiegato **Franco Marinangeli**, Siared Abruzzo - non esistono indicazioni certe su come trattare gli acuti, con le conseguenze di essere a volte costretti a non poter intervenire a calmare i sintomi per poter effettuare una corretta diagnosi». In questo modo non si prendono in considerazione gli effetti negativi dal punto di vista psicologico oltre che fisico.

Situazione che si complica quando il pazien-

te è un bambino. In questo caso, afferma **Fabio Borrometi**, servizio di Terapia del dolore all'ospedale Santobono-Pausilipon di Napoli «diventa ancora più importante misurare il dolore per utilizzare la via di somministrazione meno invasiva e al contempo utilizzare i farmaci più efficaci». La cura del dolore nei piccoli pazienti è uno dei grandi temi affrontati proprio perché spesso sottovalutato o ignorato. Per questo i medici chiedono procedure condivise (a livello nazionale e internazionale) e l'istituzione del primariato di terapia del dolore. «La legge 38/2010 ha il merito di aver affrontato la tematica delle cure palliative - ha spiegato Carpino - ma mettendo nello stesso calderone aspetti eterogenei tra di loro: la palliazione ha bisogno di figure di riferimento precise a cui pazienti e sanitari stessi devono poter fare capo. È riduttivo pensare che il problema riguardi solamente i malati terminali». Per questo c'è bisogno di una considerazione maggiore di tutti gli aspetti che riguardano la medicina dell'emergenza e, in generale, dell'ambito anestesiológico e della rianimazione. Una considerazione che deve partire dal dato di una carenza numerica a livello nazionale di almeno 1.500 unità. Dal congresso di Villasimius parte un segnale forte e chiaro: gli anestesisti hanno un ruolo vitale in tutti gli ospedali ed essendo praticamente privati (per la loro stessa natura) dell'attività libero-professionale, chiedono di contare di più. Molto di più.

pagina a cura di
Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le dieci regole pre-intervento

1. Accertarsi che entro le due settimane precedenti l'intervento, l'anestesista visiti il paziente controllando parametri come pressione, peso, frequenza cardiaca
2. Rispettare le norme di digiuno preparatorie raccomandate. Durante l'anestesia, infatti, il contenuto gastrico potrebbe causare danni ai polmoni
3. Rispettare le indicazioni sulle profilassi pre e post operatorie, come per la trombosi venosa, antibiotiche per evitare le complicazioni o quelle anti vomito
4. Il paziente deve ricevere tutte le informazioni su anestesia e rischio del suo intervento
5. Il medico non deve solo far firmare il consenso del paziente, ma accertarsi che abbia capito cosa sta per succedere, facendo anche domande dirette
6. Il paziente deve identificare l'anestesista e avere un rapporto diretto con lui
7. Il paziente deve essere messo in condizione di accettare se la struttura dove sarà ospitato è certificata e accreditata al Ssn
8. Prima dell'intervento, il paziente deve familiarizzare con la scheda di valutazione del dolore, per poter indicare, anche nei giorni successivi all'intervento, la gravità dei fastidi che sentirà
9. Accertarsi che avvenga la fase di "time out" prima dell'intervento: anestesista e chirurgo parlano col paziente per stabilire un contatto, verificando assieme a lui dove verrà effettuato l'intervento e altri dettagli
10. Il paziente deve essere informato sui tempi del risveglio, previsto generalmente subito dopo la fine dell'intervento o, in alcuni casi, dopo circa 20 minuti

TEMPESTIVITÀ NEL «PIANO DISASTRI»

Interventi rapidi modello «Pit-stop»

Medici dell'emergenza sincronizzati e veloci come i meccanici della formula 1 al pit stop. È la realtà messa a punto all'ospedale Versilia di Viareggio che ha permesso di salvare la vita a molte vittime dell'incidente ferroviario accaduto un anno fa. Una tragedia che costò la vita a 32 persone, per colpa del deragliamento e quindi dell'incendio di un vagone cisterna che trasportava Gpl.

Come spiega **Stefano Buzzignoli**, direttore del dipartimento Anestesia e riani-

mazione di Viareggio «nel giro di 70 minuti abbiamo accolto 39 pazienti feriti, compresi bambini, uno ogni 1,79 minuti di cui 25 codici rossi. Senza un piano per le maxi-emergenze non saremmo stati in grado di farlo. I fattori vincenti sono stati diversi, primo fra tutti il gioco di squadra».

Per l'équipe dell'ospedale si è trattato di agire come un vero e proprio team in grado

di seguire il piano operativo, un "piano disastri", già conosciuto dagli operatori sanitari. «Forte poi è stata la risposta territoriale e l'aiuto dell'elisoccorso di Grosseto e del Niguarda di Milano, nonché dell'aviazione militare, che hanno coadiuvato in maniera straordinaria i 195 sanitari, che si erano presentati spontaneamente, così come i Vigili del fuoco». Per riuscire è stato necessario effet-

tuare diverse simulazioni, con continui aggiornamenti e il lavoro di gruppo, seguendo le indicazioni di un team leader. In sostanza nella medicina delle emergenze, come ha spiegato il presidente Siared **Giuseppe Marraro** «tragedie come quelle dell'Aquila o l'incidente di Viareggio mettono in luce l'esigenza non più rinviabile di elaborare linee guida condivise perché ogni ospedale pos-

sa rispondere con efficacia. Non sappiamo dove avverrà la prossima tragedia, ma sappiamo che saremo chiamati a intervenire».

Il fattore tempo è la risorsa più preziosa che solo un coordinamento programmato e allenato può evitare di sprecare. «Oggi - ha concluso **Buzzignoli** - abbiamo un nuovo "piano disastri", ispirato ai pit stop del team della Ferrari. Come nelle prove di

gara il personale si sottopone a test sui tempi di intervento, puntando proprio a realizzare performance di altissimo livello, come sono appunto quelle delle emergenze, ma in tempi ridottissimi».

Il personale in autunno sarà impegnato in una super esercitazione sul rischio sismico, con la simulazione di 600 vittime. La simulazione sarà realizzata, in collaborazione con la Regione Toscana, la Provincia, le prefetture e gli uffici territoriali di governo.

PRONTO SOCCORSO SUBACQUEO

Medicina iperbarica ma non solo sott'acqua

Pazienti con patologie diabetiche e ulcere, bambini autistici, persone affette da sclerosi multipla e da vasculiti e perfino testimoni di Geova contrari alle trasfusioni. Tutti potenziali pazienti iperbarici. Proprio ai benefici dell'ossigenoterapia nel trattamento delle intossicazioni da monossido di carbonio è stato dedicato uno dei focus presentati al 7° congresso Siared. «Uno studio americano - ha ricordato **Alessandro Marroni**, presidente di Dan Europe (Divers alert network) - ha dimostrato l'interazione tra l'ossigeno e lo sviluppo delle cellule staminali dell'endotelio che è lo strato interno delle arterie e delle vene, un organo che si lede nei

casi di ictus e infarto».

Non va però sottovalutato l'ambito in cui oggi la medicina iperbarica è diventata di fondamentale importanza: le immersioni subacquee e in generale le patologie da decompressione. Per questo, i medici iperbarici Siared hanno messo a punto un vademecum in quattro punti per il primo soccorso in caso di sospetto di patologia da decompressione. In Italia i centri iperbarici sono circa 70, la Regione con più strutture è la Sicilia con 15 camere iperbariche, poi la Toscana (5 camere), Lombardia e Veneto (4), Sardegna (3). Come ha spiegato **Cesare Iesu** dell'ospedale Marino di Cagliari, «le applicazioni iperbariche sono in crescita. Ma manca una

normativa precisa che regoli il settore. Oggi per esempio, le barche turistiche per il diving non sono obbligate ad avere a bordo quelle dotazioni minime per il primo soccorso che diminuirebbero la gravità degli incidenti ai sub».

Le terapie iperbariche riguardano molteplici aspetti che come ha sottolineato nella sua relazione **Marco Brauzzi**, presidente Simsi (Società di medicina iperbarica) «non sono esenti da polemiche, ma ogni innovazione porta con sé criticità e questo settore sta raggiungendo, per esempio nella neurologia o nel trattamento delle ulcere, livelli prima impensabili che spostano in avanti i confini della ricerca clinica».

LIMITI DA CARENZA DI ORGANICI

Il parto in analgesia non è per tutti

«**P**arto in analgesia a rischio per i tagli della manovra. E a pagare ancora una volta saranno le donne», l'allarme viene dai vertici dell'Aaroi-Emac. Proprio il presidente **Vincenzo Carpino** pone la questione, sottolineando che in un contesto nazionale dove il servizio di parto indolore è garantito soltanto nel 16% degli ospedali, non deve stupire che questa percentuale è destinata a scendere per carenza di anestesisti.

La carenza cronica di personale specializzato, aggravata dal mancato rinnovo dei contratti a termine, determinerà la riduzione di un servizio che già stenta a essere garantito. Lo spiega **Teresa Materazzo**, responsabile Aaroi-Emac per il Nord Italia: «Og-

gi nelle strutture dove è possibile effettuare l'analgesia, in media il 90% delle partorienti ne fa richiesta. Si tratta purtroppo di poche isole felici principalmente presenti in Lombardia, Emilia Romagna e Toscana. E il problema è di natura economica: l'analgesia ha dei costi che molte Regioni non possono permettersi». Per avere una copertura nazionale di questa prestazione, sostengono gli anestesisti, occorre che le Regioni investano fondi per organizzare nelle strutture dedicate un servizio attivo 24 ore su 24 per il quale servono almeno sei professionisti. La Lombardia stanziava cinque milioni per l'analgesia in travaglio, aumentandone di fatto le richieste dall'8% del 2005 al 16% del 2007. L'Emilia

Romagna ha invece emesso delle linee guida per avere un punto nascita che offra l'analgesia epidurale in ogni Provincia.

Che però la manovra influisca sul parto indolore lo ha smontato la scorsa settimana lo stesso ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, che rispondendo a una lettera aperta inviata da **Pier Ferdinando Casini** (Udc) ha precisato che oggi «qualsiasi ospedale può scegliere di fare l'epidurale. Come singola iniziativa è dunque da considerarsi nei Lea e nella nuova versione da tre mesi all'esame del ministro dell'Economia, l'epidurale è sistematizzata. Nella manovra economica appena licenziata - ha concluso - non sono previste misure che riguardano questa problematica».

Per un'anestesia senza paura

Esiste un diffuso senso di timore nei confronti dell'anestesia generale che precede interventi chirurgici di una certa entità. Un timore che spesso supera la paura dell'intervento stesso. La preoccupazione, in genere, nasce dalla totale assenza di coscienza, una sorta di "sonno" profondo indotto dai farmaci, in cui non si avverte dolore e si resta immobili.

Nelle mani di esperti

Una prima rassicurazione, nasce dal fatto che in Italia, per poter esercitare la professione di anestesista bisogna essere in possesso della laurea in Medicina e chirurgia e della specializzazione in Anestesiologia e rianimazione. Infermieri, personale tecnico e persino medici privi di tale titolo di studio e di addestramento che la specializzazione prevede, non possono assolutamente somministrare agenti anestetici di questo tipo. Esistono, inoltre, alcune regole da seguire prima di sottoporsi a un intervento chirurgico, che medici e pazienti devono rispettare. Si tratta di una

sorta di decalogo che è stato stilato in occasione del 7° Congresso nazionale della Società italiana di anestesia, rianimazione, emergenza e dolore (Siaered) e condiviso dagli anestesisti-rianimatori dell'Associazione Aaroi-Emac, vale a dire i medici specialisti in Anestesia e rianimazione, che lavorano nelle strutture complesse di Medicina e chirurgia d'urgenza, nei Pronto soccorso, nelle centrali operative 118 e nelle Terapie intensive specialistiche.

Regole preziose da osservare

La fase preliminare inizia anche alcuni mesi e almeno due settimane prima dell'intervento, quando l'anestesista inizia a visitare e a controllare alcuni parametri del paziente: pressione sanguigna, peso, battito cardiaco. Il paziente deve incontrare l'anestesista e instaurare un rapporto diretto con lui e inoltre deve essere informato sull'anestesia e sul rischio dell'intervento a cui verrà sottoposto. Gli anestesisti concordano che su questo aspetto, stretta-

mente legato alla firma della liberatoria che certifica il consenso informato, deve esserci la massima chiarezza da parte dei medici che, prima ancora della firma, devono assicurarsi che il paziente abbia compreso ciò che sta per accadere, per esempio, ponendo domande dirette per fugare eventuali dubbi. Inoltre, prima dell'intervento, il paziente deve familiarizzare con la scheda di valutazione del dolore, per poter indicare, anche nei giorni successivi all'intervento, la gravità dei fastidi che sentirà e sapere che il risveglio è previsto generalmente subito dopo la fine dell'intervento o, in alcuni casi, dopo circa 20 minuti. Ci sono poi delle indicazioni che devono essere osservate con rigore, prima e dopo l'intervento. Poiché durante l'anestesia, il contenuto dello stomaco potrebbe causare danni ai polmoni, vengono raccomandate regole di digiuno: evitare di mangiare dalle 4 alle 6 ore prima dell'intervento, mentre l'acqua può essere bevuta fino a due ore prima. «Per altre bevande

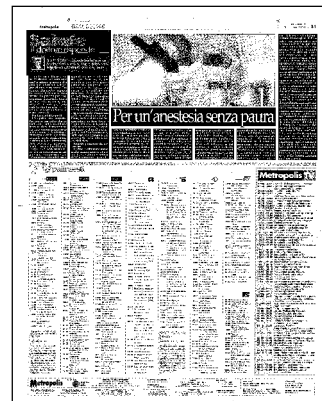
come succhi di frutta o caffè, i tempi vanno calcolati a seconda della corposità del liquido. Per esempio, una spremuta d'arancia è considerata un solido: va quindi evitata nelle 6 ore precedenti l'anestesia» spiegano gli anestesisti dell'Aaroi-Emac. Ci sono inoltre profilassi specifiche per evitare complicanze: per esempio la somministrazione di antibiotici circa un'ora prima affinché l'effetto sia massimo nel momento dell'incisione chirurgica, o di farmaci per fermare il vomito per le donne che partoriscono con taglio cesareo. Inoltre, va anche prevenuta la trombosi venosa, un rischio associato ai farmaci coagulanti usati per limitare il sanguinamento, che va prevenuto con la deambulazione subito dopo il risveglio, a seconda del paziente. Esiste, infine, una fase detta di "time out" prima di iniziare l'intervento in cui l'anestesista e il chirurgo parlano con il paziente e verificano, anche insieme a lui dettagli importanti per i quali il contributo del paziente può essere utile e allo stesso tempo rassicuranti sulla buona riuscita dell'operazione.

Salute

Il dottore risponde



A cura di Dott. A. Coppola (medico chirurgo e anestesista - Rianimazione Osp. S. Maria della Misericordia di Sorrento ASL NA 3 Sud)



8-14 giugno 2010

Sindacati e manager all'attacco: senza correttivi i servizi sanitari rischiano la paralisi

«La manovra uccide il Ssn»

Territorio bloccato e sui ricoveri c'è il fantasma di stipendi e turn-over



Colpendo i medici convenzionati la manovra svuota delle sue potenzialità il territorio e ne blocca il rilancio. Conseguenza: maggior ricorso all'ospedale e aumento dei costi. Ma in ospedale il cielo non è più chiaro: blocco dei contratti e degli scatti di anzianità, taglio alle retribuzioni, blocco del turn-over, possibilità di annullare gli incarichi dirigenziali anche se la valutazione dei risultati ottenuti è

positiva (si veda pagina 2) mettendo a rischio non solo gli organici invogliando chi può a rifugiarsi nella pensione per non subire conseguenze professionali e turni massacranti senza compensi, ma anche una serie di prestazioni come gli interventi chirurgici (gli anestesisti sono già in condizioni di carenza) e l'emergenza, fino alle terapie del dolore.

Anche i manager scuotono la testa: i tagli non sono direttamente

sul Ssn? Ma il risparmio di 10 miliardi chiesto alle Regioni impatterà inevitabilmente sull'assistenza sanitaria che dei bilanci locali rappresenta non meno del 75%. Una manovra pesante secondo i direttori generali soprattutto per l'aspetto del blocco del turn-over e delle consulenze e se un sacrificio è inevitabile, allora chiedono strumenti più ampi per poter riorganizzare il lavoro, maggiore libertà d'azione e di auto-

nomia per combinare i fattori produttivi e i processi organizzativi. Alle barricate oltre la dirigenza del Ssn sono pronti anche gli operatori e i sindacati confederali che hanno già in cantiere una serie di agitazioni. Anche in questo caso l'inevitabile taglio annunciato agli organici manderebbe in tilt l'assistenza: gli infermieri a esempio sono già pochi e una ulteriore riduzione paralizzerebbe l'attività al letto dei malati.

ANAAO ASSOMED

«È solo superficialità o macelleria sociale?»

La manovra economica varata dal Governo penalizza oltremodo i medici dipendenti del Ssn che, malgrado la perdita progressiva del potere d'acquisto delle loro retribuzioni, subiscono di fatto lo scippo degli incrementi economici di un contratto appena firmato, il congelamento e, per una parte non piccola, anche il taglio degli stipendi. Si prendono i soldi direttamente dalle buste-paga attraverso una nuova aliquota fiscale mascherata, tanto più odiosa quanto più gravata da evidenti disparità perché prescinde dalla capacità contributiva dei singoli. La manovra appare giocata tutta tra iniquità e forti sospetti di incostituzionalità con effetti devastanti sul sistema ospedaliero.

«Se il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti, anche di qualifica dirigenziale, ivi compreso il trattamento accessorio... non può superare il trattamento in godimento nell'anno 2010...» ne deriva che:

- i giovani medici subiranno una perdita che potrebbe arrivare fino a 37mila euro nel triennio 2011-2013 perché al raggiungimento dei 5 anni di anzianità di servizio non avranno l'aumento previsto, cui si aggiunge il mancato incremento contrattuale per il triennio 2010-2012 (3-5mila euro);

- i medici ospedalieri che dal 2011 al 2013, per la carenza di organico legata al blocco del turn-over, effettueranno straordinario, turni notturni, festivi e reperibilità in eccesso rispetto al 2010, non riceveranno la relativa remunerazione. Anche i direttori di struttura complessa e i responsabili di struttura semplice nominati nel 2011-2013 avranno il riconoscimento giuridico della posizione ma non gli incrementi economici rivisitati al 2014. Il che è incompatibile se si considera che l'accessorio dei medici non costituisce ulteriore spesa per le amministrazioni perché pagato da fondi aziendali alimentati da risorse previste dal Cnl.

L'iniquità, e anche un profilo di incostituzionalità, sono evidenti nel confronto con i manager del settore pubblico - a cui viene chiesto "solo" un contributo forzoso del 5% - e quelli del settore privato che nemmeno partecipano al risanamento dei conti. Ancora una volta il pubblico impiego è additato come causa del dissesto dei conti e usato come un bancomat dello Stato. Ma nessuna manovra correttiva può essere considerata equa se salvaguarda rendite e privilegi per penalizzare il lavoro.

Il blocco del turn-over rappresenta, poi, un colpo mortale. È facile prevedere che nei prossimi 4 anni la maggioranza dei medici dipendenti nati tra il 1946 e il 1953 (circa 35mila) andrà in quiescenza. Sia per non incappare nel blocco della liquidazione sia per il peggioramento del clima interno a causa di probabili massacranti turni di guardia e reperibilità notturni e festivi e di una mole elevata di lavoro straordinario, per giunta non retribuito, in condizioni di elevato rischio professionale. Alla fine ne saranno sostituiti solo 10mila con una riduzione delle dotazioni organiche mediamente del 20% considerando anche il taglio dei contratti a tempo determinato. Le conseguenze sulla qualità e quantità delle prestazioni sanitarie saranno drammatiche. In pratica si ridurranno drasticamente la attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, posti letto e sedute operatorie, e le liste d'attesa si calcoleranno in anni. Come si fa a dire che la manovra non interessa la Sanità?

Rimane solo da capire se si tratta di superficialità o di "macelleria sociale" e attacco al cuore del servizio sanitario pubblico. L'Anaa Assomed auspica che tutti coloro che esercitano una responsabilità politica valutino attentamente i dati e operino per escludere il Ssn e i suoi professionisti dalle norme più punitive e vessatorie.

Costantino Troise
Vice segretario nazionale vicario
Carlo Palermo
Coordinatore segretari regionali
Anaa Assomed

RICCARDO CASSI (CIMO ASMD)

«Annulati tutti i benefici contrattuali»

Netta opposizione alle norme che penalizzano «pesantemente e ingiustamente i medici del Ssn, incidendo sui istituti contrattuali e aspettative di avanzamento economico e di carriera specifiche della categoria, così come a un blocco indiscriminato del turn-over che impedirebbe se attuato nelle Regioni l'ingresso nel Ssn dei giovani medici, indispensabili a continuare a garantire gli attuali livelli di assistenza e le prestazioni ai cittadini».

La Cimo Asmd è pronta a scendere in campo perché siano modificate le parti della manovra che interessano i medici pubblici. «Non siamo supermanager - ha dichiarato il presidente, Riccardo Cassi - no a tagli quindi sui livelli retributivi che

vengono raggiunti lavorando oltre l'orario contrattuale per abbattere le liste di attesa e garantire assistenza ed emergenza 24 ore su 24, per 365 giorni l'anno o con l'indennità per chi ha scelto il rapporto esclusivo con il Ssn. Se i prelievi venissero confermati si tratterebbe del secondo annullamento da parte del Governo dei benefici di un contratto appena firmato negli ultimi tre anni, al quale si aggiungerebbe il blocco degli aumenti per il prossimo triennio», il medici non sono più disposti a subire ulteriori abbattimenti economici senza reagire - continua - anche perché sono "dirigenti" solo di nome, in realtà professionisti impegnati nella tutela della salute dei cittadini».

GIACOMO MILLIO (FIMMG)

«Maggiori costi col ricorso all'ospedale»

Siamo molto preoccupati per le misure di contenimento della spesa che toccheranno da vicino la medicina generale, ha affermato il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Millio. «Non vogliamo tirarci indietro di fronte ai sacrifici che, come tutti gli italiani, siamo tenuti a fare, ma il blocco senza possibilità di recupero delle procedure contrattuali e negoziali del personale per il triennio 2010-2012 e la riduzione dei finanziamenti metterebbero a rischio il processo di sviluppo dell'assistenza primaria irrinunciabile per la razionalizzazione dell'impiego delle risorse nella tutela della salute e per la sostenibilità del Ssn che con grande impegno e senso di responsabilità stiamo sostenendo da tempo».

«Paradossalmente - prosegue - l'effetto di tale manovra potrebbe comportare un aumento dei costi perché molte attività rimarrebbero in capo alle strutture ospedaliere impedendo di fatto il loro trasferimento sul territorio per renderle più efficaci e meno onerose. Dobbiamo inoltre ricordare - ha concluso - come una rilevante quota dei nostri compensi non costituisce reddito, ma serve a finanziare i costi dell'attività (attrezzature, affitto e manutenzione degli studi) e gli stipendi del personale (collaboratori di studio, operatori socio-sanitari e infermieri), che nessuna manovra è in grado di congelare».

COZZA (CGIL), GARRAFFO (CISL), TORLUCCIO (UIL)

«Organici e produttività ridotti a zero»

Idimezzamento dei precari nel pubblico impiego e la cancellazione dell'80% delle consulenze «mettono a rischio, nelle Regioni che li recepiscono, il funzionamento dei servizi per l'emergenza e il pronto soccorso dove lavora gran parte dei 12mila medici precari», ha affermato Massimo Cozza (Fp Cgil medici). «I medici che rimarranno a lavorare - ha aggiunto - vedranno congelati per tre anni i loro stipendi e avranno un carico maggiore di lavoro, a partire dalle guardie ospedaliere. E per premiare la professionalità e la produttività rimane in più la sola indennità di vacanza contrattuale, cioè 24,21 euro mensili lordi».

«Bisogna rivedere alcuni aspetti della manovra senza toccare l'impostazione solidaristica - ha affermato Giuseppe Garraffo (Cisl medici) - il presidente Berlusconi trovi le mediazioni necessarie per evitare che un deficit di equità si accanisca pesantemente contro i responsabili di un servizio fondamentale per lo collettività».

«Dopo aver dichiarato lo stato di agitazione, stiamo organizzando una serie di iniziative di mobilitazione contro la manovra che colpisce pesantemente il pubblico impiego», ha dichiarato il segretario confederale Uil-Fpi Giovanni Torluccio. «La manovra - ha aggiunto - non si limita a congelare contratti e stipendi, ma estende la stretta agli organici introdotta negli ultimi anni: è giunta l'ora di far sentire la nostra voce».

VINCENTO CARPINO (AARO-EMAC)

«Blocco per emergenza e sale operatorie»

Colpisce un deficit in organico di almeno 1.500 professionisti, gli anestesisti e i medici dell'emergenza (Aaroi-Emac) sono sul piede di guerra e dicono no al blocco delle assunzioni previsto dalla manovra. «Siamo tra le categorie più penalizzate - ha detto il presidente Vincenzo Carpio - e nelle Regioni con i conti in rosso, la situazione diventerà ancora più grave. Il blocco delle assunzioni porterà alla paralisi, mettendo a rischio una parte dei 50mila interventi chirurgici che si effettuano quotidianamente in Italia». Il sindacato potrebbe risolversi «forme di protesta, anche radicali. Oltre allo sciopero, siamo pronti al blocco delle ore di

lavoro aggiuntive». La già critica situazione delle liste di attesa potrebbe diventare insostenibile, favorendo così il privato.

Le misure colpiranno duramente una categoria impegnata per il 98% nel Ssn. No anche alla penalizzazione fiscale del 5% sui redditi lordi di 90mila euro. «Si sta verificando - ha aggiunto - una fuga del personale: c'è la fila per le domande di pensione. Del resto a 58 anni si è nel pieno della maturità professionale». A rischio anche terapie del dolore ed emergenza e, ha concluso Carpio, «i rianimatori impegnati nelle ambulanze potrebbero essere richiamati in ospedale, riducendo l'efficacia dei soccorsi».

ADF E FEDERFARMA SERVIZI

«Stato di agitazione: misure devastanti»

Una quota di spettanza ridotta al 3% non consente in alcun modo di continuare a garantire un servizio pubblico essenziale».

È con questa considerazione secca e senza appello che Adf (grossisti) e Federfarma Servizi (cooperative di distribuzione dei farmaci) hanno denunciato in una nota congiunta l'insostenibilità dal punto di vista economico e occupazionale delle misure contenute nella manovra di primavera e si sono dette «costrette a dichiarare lo stato di agitazione della categoria con riserva di adottare tutte le iniziative ritenute necessarie e indispensabili per la tutela del proprio ruolo».

"Sconcertate" per le gravi impli-

cazioni delle misure adottate per il controllo della spesa sanitaria e in particolare di quella farmaceutica, le due associazioni hanno definito l'impatto della manovra «di proporzioni devastanti».

«Siamo gli unici della filiera chiamati a pagare direttamente il prezzo del provvedimento con una decurtazione dei margini commerciali di oltre il 60%, con l'abbattimento dal 6,65% al 3% sul prezzo al pubblico al netto dell'Iva, hanno concluso le associazioni preannunciando che gli effetti della manovra finiranno col ripercuotersi «soprattutto sui livelli del servizio distributivo dei medicinali, con inevitabili ripercussioni a discapito dell'interesse dei pazienti e dei cittadini».

MONCHIERO (FIASO) - DEL FAVERO (FEDERSANITÀ)

«Stipendi bassi, fuggiamo nel privato»

Il taglio di 10 miliardi costringerà le Regioni a mettere mano anche ai servizi sanitari, che rappresentano oltre l'80% dei loro bilanci. Ne è convinto Giovanni Monchiero, presidente di Fiaso che invece promuove le misure sui farmaci: «Bene ha fatto il governo a mettere un argine alla spesa farmaceutica ospedaliera». Giudizio negativo, invece, per le decurtazioni di medici e manager: «Da quasi 10 anni le retribuzioni dei manager sono bloccate e, anzi, nel 2008 hanno subito un taglio del 20%, tanto che non è raro che alcuni direttori generali guadagnino meno dei direttori di Dipartimento». «Per i medici è poi una vera umiliazione - conclude Monchiero - c'è il rischio insomma di demotivare i professionisti che sono la spina dorsale del Ssn». Anche per Angelo Lino Del Favero, presidente di Federsanità-Anci la manovra è «indubbiamente molto pesante». A pesare nelle Asl «è soprattutto il blocco del turn-over così come quello delle consulenze». «Dal Favero si tratta di «vincoli pesanti» per i manager chiamati ora a fare un «grande sforzo organizzativo». «Per questo è necessario - avverte - che ci siano dati degli strumenti più ampi per poter riorganizzare il nostro lavoro, insomma una maggiore libertà d'azione e autonomia». «Credo poi che si sia calcata troppo la mano sul taglio degli stipendi - conclude Del Favero -, noi manager già non guadagniamo tanto, ora c'è il rischio di una fuga verso il privato».

AARO-EMAC - SIARED

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma Via XX
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733 e-mail: segreteria@aarioemac.it
www.aarioemac.it

Relazioni con i media

Giuliana Tinti - giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati
Rossella Pressi - rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431
Veronica de Capoa - veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

VINCENZO CARPINO (AAROI-EMAC)**«Blocco per emergenza e sale operatorie»**

Colpiti da un deficit in organico di almeno 1.500 professionisti, gli anestesisti e i medici dell'emergenza (Aaroi-Emac) sono sul piede di guerra e dicono no al blocco delle assunzioni previsto dalla manovra. «Siamo tra le categorie più penalizzate - ha detto il presidente **Vincenzo Carpino** - e nelle Regioni con i conti in rosso, la situazione diventerà ancora più grave. Il blocco delle assunzioni porterà alla paralisi, mettendo a rischio una parte dei 50mila interventi chirurgici che si effettuano quotidianamente in Italia». Il sindacato potrebbe riservarsi «Forme di protesta, anche radicali. Oltre allo sciopero, siamo pronti al blocco delle ore di

lavoro aggiuntive». La già critica situazione delle liste di attesa potrebbe diventare insostenibile, favorendo così il privato.

Le misure colpiranno duramente una categoria impegnata per il 98% nel Ssn. No anche alla penalizzazione fiscale del 5% sui redditi lordi di 90mila euro. «Si sta verificando - ha aggiunto - una fuga del personale: c'è la fila per le domande di pensione. Del resto a 58 anni si è nel pieno della maturità professionale». A rischio anche terapie del dolore ed emergenza e, ha concluso Carpino, «i rianimatori impegnati nelle ambulanze potrebbero essere richiamati in ospedale, riducendo l'efficacia dei soccorsi».

AAROI-EMAC - SIARED

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma [Via XX](#)
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733 e-
mail: segreteria@aaroiemac.it
www.aaroiemac.it

Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044