



RASSEGNA STAMPA

03/11/10

SANITÀ. Monta la protesta nei confronti dell'assessorato regionale

Rianimazioni «ridotte» Appello ai deputati

●●● È viva e forte la preoccupazione per le modifiche riduttive apportate dall'assessorato regionale alla Sanità al piano aziendale dell'Asp di Ragusa. A manifestarla la sezione provinciale **AA-ROI EMAC (Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica)** che ha inviato una nota di protesta alla direzione generale ed ai deputati della provincia di Ragusa. Il sindacato medico si riferisce alla decisione dell'assessorato di ridurre a due le figure di Direttore (primario per intenderci) di Anestesia e Rianimazione dell'Asp (uno per il distretto ospedaliero Ragusa 1 e uno per

il distretto ospedaliero Ragusa 2), prevedendo che i reparti di Rianimazione degli Ospedali di Modica e Vittoria, distanti più di 40 chilometri, siano diretti da un solo primario. Eppure la direzione dell'Asp, nella stesura del proprio piano aziendale aveva previsto un primario di Anestesia e Rianimazione per il distretto ospedaliero 1 di Ragusa e 2 per il distretto ospedaliero 2 (Vittoria, Modica, Scicli e Comiso) prevedendo quindi la presenza di un primario di Anestesia e Rianimazione in quegli ospedali (Ragusa, Modica e Vittoria) dove sono operativi i reparti di Rianimazione. «Tale decisione del-

la Regione - affermano Luigi Rabito e Santo Milardi - appare del tutto irrazionale in considerazione della tipologia di pazienti che vengono ricoverati nella Rianimazione, pazienti che sono in imminente pericolo di vita per la compromissione di uno o più funzioni vitali. Probabilmente all'assessorato Sanità l'anestesiista viene visto ancora come un semplice "somministratore di allopchio" non tenendo in nessuna considerazione il ruolo estremamente delicato svolto dai dirigenti medici di Anestesia e Rianimazione sia nelle sale operatorie che nelle rianimazioni degli ospedali siciliani». **L'AaROI** Emac aggiunge: «Tali compiti necessitano in maniera inequivocabile di un coordinamento immediato e continuo da parte di un responsabile di livello superiore». (*GN*)



All'Umberto I

Stop in sala operatoria, protesta degli anestesisti

NOCERA INFERIORE — Incontro al vertice, stamani, tra il commissario straordinario dell'Asl Salerno, Francesco De Simone, e il direttore sanitario dell'ospedale Umberto I di Nocera Inferiore, Maurizio D'Ambrosio, per cercare una soluzione al blocco degli interventi chirurgici programmati scattato il primo novembre scorso. E che sta già scatenando tensioni e rabbia tra i familiari di pazienti che, ieri, hanno fatto sentire, con determinazione, la propria collera. Ieri a Nocera, il direttore ha tenuto un lungo incontro con i

primari delle divisioni di emergenza per fare il punto della situazione dopo l'attuazione della disposizione voluta dal piano sanitario regionale. Il blocco resta e forse scatterà anche quello per i ricoveri, in elezione. Naturalmente, si assicurerà l'emergenza. Una contro proposta provverebbe a convincere De Simone a sollecitare la Regione a contestualizzare le esigenze e a tener conto delle priorità, anche e soprattutto economiche (la disposizione del piano ha bloccato l'ex articolo 55, quello sugli straordinari che non

vengono più erogati). Una situazione che riguarda non solo gli anestesisti, già in mancanza di organico, ma anche gli altri medici dell'emergenza che subiscono le decisioni del piano. «Ci troviamo dinanzi ad una decisione folle — spiega Vincenzo Stridacchio, anestesista e rappresentante sindacale dell'Aarol — ci stanno negando il diritto alla salute decidendo di non decidere. Si chiudessero, velocemente, alcuni plessi e la situazione cambierebbe».

Per chiudere un ospedale e risparmiare tre milioni ne servono altri 115

La Asl, quindi, per accogliere le due strutture...

San Massimo ad Spina: l'imprenditore accorpato al letto, per la sua vita...

Centrale del latte

LENGUAVERTE

Qualità della vita

Doctor news

Intramoenia: decidono le Regioni, d'accordo con i sindacati

Come cambieranno le regole della libera professione intramuraria? Le principali informazioni sugli sviluppi futuri si possono dedurre dalla Bozza di accordo predisposta dal ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, concordata con le Regioni e che sotto forma di intesa col Governo sarà emanata come Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri solo dopo che i Governatori avranno dato il loro placet definitivo. Per cominciare entrano a pieno titolo le organizzazioni sindacali nelle scelte che cambieranno le regole sulla libera professione, integrando il primo testo presentato a fine settembre agli assessori. Novità anche per quanto riguarda le prenotazioni dell'attività. Il servizio sarà affidato a personale dell'azienda o che comunque svolga il servizio per questa e le prenotazioni dovranno essere distinte da quelle istituzionali per consentire la verifica dei relativi volumi. Inoltre, come già descritto nella prima versione del provvedimento, il volume delle prestazioni di attività libero-professionale non deve superare il volume delle prestazioni assicurato per i compiti istituzionali, né deve richiedere un impegno orario superiore a quello previsto contrattualmente. La libera-professione all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare oneri per l'azienda sanitaria locale od ospedaliera né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa a eccezione di quelli per l'organizzazione dell'attività. Infine le tariffe per l'attività professionale sono definite dall'azienda, d'intesa con i dirigenti e con un accordo che fa parte della contrattazione integrativa. Le tariffe devono essere remunerative di tutti i costi delle aziende ed evidenziare le voci dei compensi di professionisti, équipe, personale di supporto e i costi - pro quota - per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature.

Il Messaggero Veneto

Comune, Università eletti e partecipazione

Penso che fin dall'inizio del loro compito amministrativo tutti coloro ai quali il popolo ha concesso la fiducia di essere eletti al titolo di consigliere comunale abbiano sentito dentro la spontanea vocazione di vivere insieme soprattutto nell'impegno rivolto al fine di poter permettere alle generazioni presenti e future di usufruire dei frutti dello sviluppo culturale offerto da ogni tipo di scuola elementare, media superiore o universitaria.

Invece no perché nel corso dell'ultima seduta del consiglio comunale buona parte dell'opposizione, per motivi eticamente, socialmente e politicamente inammissibili, è uscita ostentatamente dall'aula rinunciando a dare il voto favorevole a una mozione di sentimenti presentata dalla maggioranza che chiedeva il dignitoso, responsabile, incondizionato e unanime appoggio del consiglio comunale di Udine alla protesta ormai ovunque dilagante in merito ai tagli dei finanziamenti destinati a tutte le università e in particolare a quelli della città di Udine.

E allora mi chiedo: quale e quanta solitudine si debbono ora sentire addosso coloro che hanno voluto escludersi dalla compartecipazione unanime del nostro consiglio comunale al movimento di solidarietà promosso da questa mozione di sentimenti?

Una sensazione di solitudine che, spiace dirlo, è comunque cominciata a diffondersi fra la stessa parte dell'opposizione anche qualche mese fa con l'abbandono dell'aula nel corso dell'ultima seduta della commissione convocata dal presidente dottor Mario Canciano Canciani, medico pediatra dell'Azienda ospedaliera-universitaria, in accordo con il sottoscritto dottor Aldo Rinaldi, medico sul territorio, per discutere sull'argomento "Il piano sanitario regionale e le sue ricadute sulla sanità udinese" con la partecipazione dei principali conduttori dei servizi sanitari dell'Azienda ospedaliera di Udine, dottor Sergio Cercelletta, presidente del sindacato anestesisti, rianimatori e area critica; dottor Antonio Cinque, estensore del protocollo d'intesa Regione-Università; dottor Valtiero Fregonese, segretario dirigenti medici; e dottoressa Antonella Bulfone, vicepresidente dell'Ordine dei medici. Sarebbe dovuta essere un'occasione di incontro per a riflettere seriamente su cosa significhi ottimizzare le risorse e come questo vada fatto senza mettere a repentaglio la funzione irrinunciabile dell'assistenza a partire dalle criticità della situazione locale in modo organico e complessivo con i dovuti riferimenti alle attività e alle competenze delle strutture che operano nella nostra area. Invece no, perché anche in questo caso, per motivi eticamente, socialmente e politicamente inammissibili, parte dell'opposizione ha abbandonato l'aula. E allora mi sembra giusto coinvolgere la cittadinanza con queste informazioni pubbliche rivelanti i citati casi di inspiegabile conduzione politica di parte dell'opposizione perché solo in questo modo, cioè assumendo consapevolezza delle realtà e dei rischi che stiamo correndo, anche la classe politica che macina dissenso dovrà accollarsi la responsabilità di scelte necessarie a un buon funzionamento della macchina amministrativa cui appartiene.

Aldo Rinaldi - consigliere comunale Udine.

Marketpress.info**“FRIULI VENEZIA GIULIA: LEGGE 38 - IL SERVIZIO SANITARIO ALLA PROVA DEI FATTI”. IL DOLORE COLPISCE 1 CITTADINO SU 5. I MEDICI A SCUOLA PER L'APPROPRIATEZZA E PER LE GARANZIE NELL'ACCESSO ALLE TERAPIE DEL DOLORE” A TRIESTE, MILANO, NAPOLI, FIRENZE E TORINO LE LEZIONI.**

La nuova legge sulla terapia del dolore si pone come obiettivo la tutela del diritto a non soffrire per molte persone affette da dolore cronico o malati terminali. Ciò dovrebbe avvenire attraverso l'equità nell'accesso all'assistenza con sostegno sanitario e socio-assistenziale. **Questi sono gli impegni presi dal Parlamento il 9 marzo 2010, data di approvazione della Legge 38 sulla terapia del dolore e cure palliative. Ad un primo bilancio di quanto fatto nella regione Friuli Venezia Giulia, a sei mesi dall'entrata in vigore della normativa, viene da pensare che l'analisi delle prospettive di attuazione delle disposizioni è ancora tutta da affrontare.** Nei giorni 3 e 4 novembre si terrà a Trieste il primo corso di formazione sul dolore dedicato ai Medici di Medicina Generale, organizzato da Simg - con il sostegno incondizionato di Grunenthal, azienda leader nel trattamento del dolore - sul modello del corso Ministeriale, con la collaborazione del dr. Cesare Bonezzi e con il coordinamento della Prof. Ssa Rita Melotti. “Tutti ci auspichiamo, afferma Giorgio Della Rocca, Direttore della Clinica di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine, che questo corso rappresenti il primo passo per trasformare in realtà quello che la nuova legge sulla terapia del dolore prevede: stratificazione del trattamento del dolore ed individuazione precisa di livelli diversi di diagnosi e terapia a partire dal coinvolgimento dei medici di medicina generale, sui quali è previsto un programma formativo e organizzativo”. “Da parte della comunità scientifica e delle realtà sanitarie del territorio - prosegue Della Rocca - l'Azienda Universitaria di Udine con il Dr. De Monte, i dr. Cappelletto e Divella, l'Aou di Trieste il Prof. Berlot, le numerose altre realtà sanitarie in regione come Pordenone con i Dr. Leykin e Mercante, il Cro di Aviano con il dr. De Cicco, Latisana con il Dr. Colonna e San Daniele con il dr. Cugini, c'è la precisa volontà di realizzare quanto prima una rete regionale sulla terapia del dolore, che sarebbe espressione di quanto la legge prevede: abbiamo fatto una proposta alla regione ma non abbiamo avuto ancora risposta”. “Il dolore cronico è stato considerato per tanto tempo solo un sintomo, dice **Ugo Colonna, Direttore Struttura Complessa Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore di Latisana, mentre sappiamo che si tratta di una vera e propria malattia che può perdurare anche oltre la rimozione della causa che l'ha generata e che invalida i pazienti fino alla perdita del lavoro e talora anche dell'autosufficienza,** con conseguenti rilevanti costi sociali: penso ai tanti pazienti che si rivolgono al nostro Centro per trovare rimedio. Spero che un'oculata applicazione della legge - conclude Colonna - consenta di mettere in rete i vari centri regionali, per rispondere con appropriatezza ai bisogni del territorio. “Non posso non riconoscere l'importanza culturale della legge n. 38 che disciplina l'accessibilità del cittadino alle cure palliative e alla terapia del dolore, dichiara il dr. Vito Orlando - Responsabile Federdolore del Friuli Venezia Giulia - a mio parere si tratta di un momento istituzionale che concretamente inciderà sulla vita professionale degli addetti ai lavori sia a livello della programmazione sanitaria di ogni regione che nell'organizzazione dei servizi alla persona da parte delle aziende ospedaliere e territoriali. Nella legge viene ripreso infatti il concetto della necessità dell'istituzione delle due reti, quella delle cure palliative per l'accompagnamento al fine vita e quella della terapia del dolore. “E' importante, afferma Licia Serra - Terapista del dolore presso il Cso Centro Sociale Oncologico di Trieste - che anche i medici di base siano pienamente coinvolti nell'attuazione della Legge 38 che pone l'accento riguardo l'eguale diritto al trattamento del dolore cronico sia per il paziente con dolore neoplastico, sia per i pazienti con dolore cronico non oncologico, prevedendo per queste due tipologie di pazienti un percorso diverso ed autonomo nel ricorrere ad un trattamento antalgico adeguato. Sarà infatti il Mmg, adeguatamente formato, a trattare per primo il paziente con dolore cronico, inviando in un tempo successivo il paziente ai Centri di Terapia antalgica per gli interventi specialistici ed invasivi, il tutto nell'ambito di una Rete con percorsi chiari ed agevoli creati ad hoc per il paziente”. L'impegno a dare piena attuazione alla Legge è assunto e condiviso dai medici di medicina generale, afferma Pierangelo Lora Aprile - Responsabile Area Dolore della Simg - che, per questi obiettivi ha innovato le formule e la metodologia didattica prevedendo anche una verifica sui risultati della formazione. Una formazione che si deve tradurre in migliori trattamenti del dolore, un più rapido accesso alle terapie più appropriate per una migliore qualità di vita dei pazienti. Medici che devono essere nuovamente aggiornati e formati per poter operare nel nuovo ruolo che la Legge prevede con tutte le conoscenze specifiche necessarie a curare i problemi di dolore che affliggono 1 italiano su 5. Questo percorso di formazione, è offerto ad altre 5 Regioni, diverse dalle 4 regioni Pilota sulle quali è iniziato il percorso formativo Ministeriale in tema Dolore, con l'obiettivo di raggiungere e formare un numero sempre maggiore di medici di famiglia in ambito Dolore.