



RASSEGNA STAMPA

15/10/10

“Tagli agli ospedali pubblici non ci resta che scioperare”

Anche i medici Ugl pronti a mobilitarsi contro la Polverini

CARLO PICOZZA

È SCONTRO aperto tra i medici ospedalieri e la governatrice Renata Polverini. È il pomo della discordia il Piano di riordino degli ospedali da lei firmato in qualità di commissaria alla sanità regionale. Tutti i sindacati dei camici bianchi minacciano lo sciopero della categoria «contro il metodo e i contenuti del Piano Polverini». C'è anche l'Ugl, il sindacato diretto fino a sei mesi fa dalla presidente della Regione. Lo fa con i suoi medici che, insieme ai loro colleghi delle altre sigle (Aaroi, Anpo, Cimo, Cgil, Cisl, Uil, Fials, Fassis, Fedir Sanità) «proclamano uno sciopero per il 9 dicembre». La loro mobilitazione è concomitante a quella dei medici

ospedalieri iscritti all'Anaa che ieri, con il segretario regionale, Donato Antonellis, ha dichiarato lo «stato di agitazione della categoria», minacciando lo sciopero contro i tagli ai posti letto giudicati «irrazionali» e «unilaterali» perché «colpiscono la sanità pubblica e favoriscono i privati».

«Senza un confronto serio e se non ci saranno cambiamenti di indirizzo», ha scandito Antonellis, «i medici incroceranno le braccia». «Oggi (ieri per chi legge; ndr)», ha minacciato, «è partito il conto alla rovescia della vertenza contro la Regione». «Abbiamo chiesto la conciliazione: se non venisse accolta entro 7 giorni, sarà sciopero il primo giorno utile da questa scadenza». Questo l'ultimatum. Al quale si è aggiun-

to, a stretto giro, quello delle altre sigle che fanno capo al cosiddetto Coordinamento intersindacale: «Proclamiamo uno sciopero di tutta la categoria per il 9 dicembre contro il metodo e i contenuti del Piano Polverini». E dalla Cgil regionale, Gianni Nigro, ha indicato: «Uniamoci tutti per far convergere la mobilitazione in una grande giornata di protesta sulla base di una piattaforma alternativa provincia per provincia».

«Il Piano di riordino», ha argomentato Antonellis, «prevede il taglio di 791 posti letto per malati acuti, ma a essere colpiti saranno gli ospedali pubblici penalizzati con una quota di degenze in meno che sfiora il 70 per cento». «Nelle cliniche», ha aggiunto, «i posti accreditati cresceranno dal

13,6 al 15 per cento mentre gli ospedali classificati manterranno le loro degenze su 9,6 punti percentuali». E il Coordinamento intersindacale fa un'analisi analoga: «Così la sanità pubblica si confronta ad armi impari con quella privata».

Cosa farà la governatrice? A tutti i costi, continuerà a tirare dritto aspettando l'ok al Piano di rientro dal deficit - il cui piatto forte è il riordino della Rete ospedaliera - per stoppare l'aumento di Irpef e Irap e per sbloccare il turnover e il trasferimento dei fondi per le aree sottosviluppate? O aprirà a un confronto che potrebbe alienare la «benevolenza» dei ministeri della Economia e della Salute?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In campo



9 DICEMBRE

L'Intersindacale ha già indicato la data per lo sciopero



L'ANAAO

È in stato di agitazione e ha minacciato lo sciopero



PROPOSTA

Nigro (Cgil): scioperiamo insieme su un'unica piattaforma



“Con il Piano ospedaliero, sanità pubblica penalizzata a vantaggio di quella privata”

Farmacia.it**LA MEDICINA DELLE DIFFERENZE PER PERSONALIZZARE LE CURE**

Parma - "Differenze di genere". E' un'espressione che ricorre sempre più spesso nei titoli di articoli e di progetti di ricerca in ambito biomedico. Eppure solo qualche anno fa tale riferimento era considerato inappropriato, quasi offensivo! Storicamente, la ricerca in medicina si è dichiarata neutrale rispetto al genere, riconoscendo una specificità alle donne solo in relazione alla riproduttività.

"Oggi, a partire dai primi studi svolti negli USA, anche nel nostro Paese c'è un crescente riconoscimento di questo filone di ricerche, afferma Antonella Vezzani, Servizio di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, che trova pieno riconoscimento anche al 64° Congresso Nazionale della SIAARTI, Società Italiana di Anestesia e Analgesia e Rianimazione, in corso di svolgimento a Parma, che alla medicina di genere dedica un'intera sessione. Gli anestesisti si pongono nuove domande circa la risposta dei pazienti alle terapie e c'è un movimento molto attivo che sottolinea l'importanza di sesso e genere per una medicina che vuole essere sempre più personalizzata". La comunità medica ha da tempo riconosciuto la validità scientifica di queste tesi che rimettono in discussione sia il trattamento terapeutico, le posologie e l'inquadramento della patologia in considerazione del sesso e del genere.

Oltreoceano il Dipartimento di Salute Pubblica americano ha inserito la medicina di genere nell'Equity Act a testimonianza che il principio di equità implica che la cura sia appropriata e sia la più consona al singolo genere. Per i non addetti ai lavori forse è utile spiegare che sesso e genere, che nel comune parlare si tende a far coincidere, in medicina sono due concetti diversi. Il sesso si riferisce alle differenze biologiche tra uomini e donne e comprende l'anatomia, la fisiologia, gli ormoni e il patrimonio genetico che insieme costituiscono l'imbroglio umano che determina se saremo etichettati maschi o femmine. Il genere può essere inteso come la totalità dei tratti di personalità, delle attitudini, dei sentimenti, dei valori, dei comportamenti e delle attività che la società attribuisce ai due sessi su basi differenti. "Il sesso gioca un ruolo importante per la salute perché gli individui possono reagire in modo diverso sulla base della loro biologia - aggiunge Vezzani - ad esempio maschi e femmine rispondono diversamente all'alcool ai farmaci e alle droghe per differenze nella composizione corporea, nel metabolismo e negli ormoni. Ci sono anche delle differenze sesso specifiche in alcune malattie ad esempio c'è una maggior incidenza di malattie autoimmuni nelle donne, mentre le infezioni gravi colpiscono più gli uomini. Ma ci sono importanti differenze sessuali a livello cellulare che nascono dalle differenze cromosomiche". Il genere influenza lo stato di salute: ad esempio la mascolinità si associa, nella nostra società con "resistenza" che significa che gli individui maschili (siano essi maschi o femmine) tendono a resistere e a non cercare aiuto per problemi riguardanti la salute. D'altra parte la femminilità si associa con "delicato" che può scoraggiare le donne a partecipare a certe attività fisiche che potrebbero migliorare il loro stato di salute. Il sesso e il genere interagiscono e possono influenzare lo stato di salute. Lo sviluppo e la progressione dell'osteoporosi illustrano la complessità di questa interazione. Il corpo femminile è più predisposto all'artrite e all'osteoporosi dovuto a differenze nella struttura e nella densità dell'osso, e agli ormoni. Nello stesso tempo il ruolo femminile non incoraggia le donne alla attività fisica, con conseguente aumento del rischio di sviluppare osteoporosi e osteoartriti. Inoltre le donne si sottopongono a continue diete per inseguire l'idea "femminile" del loro aspetto fisico che impoverendo la massa magra, aumentano il rischio di sviluppare osteoporosi. Anche la depressione colpisce più le donne degli uomini e i disturbi alimentari sono un esempio di come lo stress e i fattori ambientali possano influire sulla comparsa della malattia.

Ma il problema si pone dalle prime fasi cliniche della ricerca per la messa a punto di nuovi farmaci infatti queste recenti scoperte enfatizzano la necessità di includere maschi e femmine nella ricerca clinica e biomedica e studiare i risultati della ricerca disaggregando i dati per il sesso, ma alcuni autori suggeriscono la necessità di realizzare studi specifici per il sesso maschile e per il sesso femminile. Ignorare l'influenza del sesso nella ricerca - conclude Vezzani - può compromettere non solo l'iniziativa sperimentale, ma anche la salute degli individui.

Il prototipo dei soggetti destinatari della ricerca clinica è tuttora rappresentato dal soggetto maschio e adulto. Questo determina che lo studio delle malattie e la loro cura avviene con una preferenza per il genere maschile. Ciò implica che alle donne non viene, di norma, assicurato lo stesso diritto di riconoscimento di una malattia e di accesso ad una terapia "efficace e sicura" come le norme nazionali ed europee in linea di principio, intendono garantire. In particolare va considerato che sono proprio le donne le più grandi consumatrici di farmaci e le reazioni avverse sono più frequenti e più gravi nel sesso femminile. Probabilmente alla maggior gravità ed alla maggiore frequenza di reazioni avverse nelle donne concorrono tutta una serie di fattori, quali il sovradosaggio, (la posologia dei farmaci è stimata sul soggetto di peso medio maschio (70Kg) ma le donne hanno un peso medio molto più basso) le differenze farmacodinamiche e farmacocinetiche (alcuni farmaci si distribuiscono maggiormente nel tessuto adiposo e le donne hanno un % di tessuto adiposo superiore agli uomini) , la loro esclusione dai trials, la politerapia.

Purtroppo raramente gli studi clinici sono disegnati in maniera da permettere un'analisi di genere. Inoltre, l'assenza delle donne nei trials clinici dipende da diversi fattori: difficoltà nel reclutamento e nel

mantenimento di donne nei trias clinici; preoccupazioni circa le interferenze indotte dalle variazioni ormonali fisiologiche femminili sull'effetto delle sostanze farmacologiche; desiderio di non esporre a rischi di tossicità donne potenzialmente fertili; timore di apportare danni a tessuti fetali. Sfortunatamente se un farmaco non è espressamente testato nelle donne non esiste modo di conoscere quali saranno le reali condizioni di efficacia e di sicurezza nelle donne.

Ansa

Trapianto di mani a Monza, la donatrice e' una 58enne

A donare le mani per il trapianto record effettuato su una paziente all'ospedale San Gerardo di Monza e' stata una donna di 58 anni. L'intervento, condotto dall'equipe del primario di Chirurgia plastica e della mano del San Gerardo, Massimo Del Bene, e' stato eseguito nella notte tra lunedì e martedì scorso, ed e' durato circa 6 ore. La donna, e non l'uomo, che ha avuto il trapianto di entrambe le mani, di 52 anni, aveva subito l'amputazione anche dei piedi in seguito a una sepsi.

La Provincia di Varese

Morì sotto i ferri, anestesisti assolti

Morì sotto i ferri nel corso di una banale operazione ad una caviglia, per rimuovergli un ferro ortopedico che gli era stato installato a causa di una brutta frattura: per quel decesso di un uomo di 65 anni, per molti versi inspiegabile, avvenuto nel 2005 all'ospedale di Cittiglio, erano finiti a processo due medici anestesisti, nonostante il pm Agostino Abate ne avesse chiesto per ben due volte l'archiviazione.

Ieri il processo si è celebrato a Varese e i medici, difesi dagli avvocati Marco Lacchin e Sergio Martelli, sono stati definitivamente assolti: cinque anni dopo dunque, finisce la loro vicenda giudiziaria. Peraltro il processo, che era stato voluto dai familiari della vittima, non ha visto parti civili: l'assicurazione dell'ospedale infatti li ha già risarciti. Secondo quanto accertato, i due sanitari dunque non ebbero alcuna responsabilità in merito al decesso improvviso dell'uomo, già cardiopatico. E fu un infarto improvviso, sopraggiunto nel corso dell'intervento, a stroncarlo.

Il paziente si trovava sotto anestesia locale: non era stato possibile infatti praticargli quella locale, e nemmeno quella spinale, in considerazione appunto dei suoi problemi conclamati di natura cardiocircolatoria. Lo stress dell'operazione è forse all'origine dell'infarto che non è riuscito a superare. Ma l'operato degli anestesisti è risultato ineccepibile.

Gazzetta di Sud

Medico malmenato in pronto soccorso «Adesso ho voglia di tornare in corsia»

«Mi hanno spinto da dietro e sono finito in terra. Mi hanno dovuto aiutare a rialzarmi e mi sono dovuto sedere su di una sedia a rotelle. A 62 anni e con tutti gli anni di servizio che ho sulle mie spalle quel giorno mi sono sentito davvero mortificato, soprattutto dopo tutto l'impegno che avevo speso proprio per quel paziente che stava così male». In queste poche parole di Mario Faraca, sessantaduenne originario di San Demetrio Corone, medico specializzato in pronto soccorso e terapia d'urgenza con diversi anni di esperienza, c'è tutta l'amarezza di chi compie questa missione con e per passione. Quella stessa passione che lo ha spinto fin dal primo giorno ad impegnarsi sempre al meglio e che nel 2000 lo portò come volontario in Albania, terra all'epoca disastata da guerre e difficoltà di ogni genere, ad istruire infermieri e medici anestesisti e chirurghi.

«Il mio rammarico è che la gente purtroppo non capisce che specialmente in un pronto soccorso ci sono ben determinate priorità e che dietro quell'apparente andare di qua e di là invece c'è un gran lavoro fatto di mille cose, proprio per il suo parente che sta male».

Per meglio capire cos'è accaduto quel giorno Mario Faraca ricostruisce quei momenti e spiega: «Quel giorno è arrivato un paziente in uno stato semi-incosciente, ho capito che c'era un problema neurologico e comunque ho attivato e richiesto tutte le visite del caso. Mentre questi controlli si stavano facendo, il paziente, piuttosto anziano, ha avuto delle convulsioni, sintomo che ha confermato la mia ipotesi iniziale di diagnosi, per cui mi sono adoperato immediatamente per sedarlo, ed è stato così. Avendo capito il problema ho chiamato l'unità neurologica di Cosenza che mi ha dato l'immediato via libera per il trasferimento e il ricovero d'urgenza. Ho predisposto l'ambulanza e nel frattempo è arrivato anche l'anestesista che avevo chiamato, per il controllo opportuno. Proprio in quegli istanti - continua a raccontare Mario Faraca - è arrivata l'ambulanza del 118 con un paziente con dolori al torace, possibile infarto. Chiaramente mi sono preoccupato del nuovo caso, essendo l'anziano signore di prima posto in astanteria e in preparazione per Cosenza e il nuovo caso chiaramente urgente e pericoloso per la vita stessa del paziente». Qui purtroppo arriva il fattaccio. Il medico spiega: «Mentre stavo controllando il paziente con il probabile infarto, sono arrivate delle grida disperate dall'astanteria: "correte correte sta di nuovo male". Ho capito che l'anziano signore aveva di nuovo le convulsioni e mi sono diretto verso l'astanteria per controllarlo e sedarlo nuovamente visto che stava per essere messo sull'ambulanza per Cosenza. Mentre passavo da una stanza

all'altra sono stato spinto alle spalle, quasi mi volessero fare arrivare prima. Sono ruzzolato in terra facendomi male. Gli infermieri mi hanno aiutato a rialzarmi e mi hanno messo sulla sedia a rotelle. L'anziano signore è stato sedato ed io portato in radiologia. Mentre entravo nella stanza per i raggi X l'ambulanza partiva. Che bisogno c'era di spingermi? Nessuno, nonostante tutto avevo preparato minuziosamente ogni cosa per il trasferimento d'urgenza. Ora ho 20 giorni di prognosi e liquido nel ginocchio, ma ancora voglia di ricominciare subito».

Corriere del Mezzogiorno

Stipendi d'oro ai dottori di Vallo Palladino: «Non siamo ladroni»

SALERNO Guadagnano tanto ma non sono medici «ladroni». Piuttosto professionisti pendolari, costretti a tappare i buchi causati dalla carenza di personale nei vari presidi ospedalieri di frontiera. Obbligati ad andare su e giù per il Cilento e il Vallo di Diano pur di evitare la chiusura di reparti e interi plessi ospedalieri. Pantaleone Palladino è il direttore sanitario dell'ospedale San Luca di Vallo della Lucania. Lavora dieci ore al giorno, dalle otto del mattino alle sei di sera, saltando anche il pranzo a volte. «Ma io faccio il direttore sanitario dice Palladino i più massacrati sono gli anestesisti rianimatori», la categoria più pagata, ma più vessata dal problema della carenza organica nella sanità pubblica del Cilento e del Vallo di Diano.

«In un presidio di terzo livello come questo di Vallo continua il direttore sanitario ci vorrebbero 24 anestesisti, invece ce ne sono 11, che, oltre al normale turno di guardia, devono garantire l'attività chirurgica e la presenza sulle ambulanze in caso di trasferimento dei pazienti». Undici anestesisti per 7.000 interventi effettuati nel 2009: sono questi numeri delle prestazioni ospedaliere del San Luca. A cui si aggiungono le migliaia di euro che sono comparsi nelle buste paga e che, secondo il manager, hanno comunque una spiegazione. «C'è stato qualche malaccorto funzionario che ha inserito nella voce "altro" cifre che sostiene Palladino andavano computate tra gli arretrati, perché la verità è che dal 2006 i medici dell'ex Asl Sa3 non ricevevano i salari di posizione e di risultato che gli spettavano». L'operazione trasparenza, quindi, avrebbe generato «forti equivoci difficili poi da spiegare all'opinione pubblica che immediatamente addita i medici come ladroni. La verità è che noi siamo costretti a turni massacranti di lavoro ed è giusto che ci vengano pagati». Pantaleone Palladino, che più volte ha inviato lettere all'ex manager dell'azienda sanitaria e poi al commissario straordinario, aveva anche proposto di applicare un pagamento forfettario per le prestazioni effettuate. «Ma ammette non ho mai ricevuto risposta». E quindi anche la mancanza di un contraddittorio rientra in quella che il manager pubblico definisce «cattiva gestione organizzativa», che consente l'apertura di ospedali «che funzionano a metà» e contemporaneamente chiede al personale medico di sopperire alle carenze organiche nei presidi dove sono più evidenti.

«A volte è meglio non trovare un medico, piuttosto che trovarne uno stanco»: è questa l'opinione del direttore che, da anni, però, resta completamente inascoltata. Con la conseguenza che tutto resta come sempre: reparti ospedalieri privi di personale specializzato e medici specializzati costretti a vagare.