



RASSEGNA STAMPA

07/02/11

Adn Kronos**SANITA': VENTI MEDICI ANESTESISTI DA TUTTA ITALIA A PALERMO PER SIMULAZIONE**

Ha preso il via stamattina al Centro di simulazione Renato Fiandaca, presso Ismett, il Corso base per istruttori di simulazione destinato agli associati all'Aaroi-Emac- Siared (Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani, emergenza area critica). Le lezioni sono divise in tre giorni (7,8 e 9 febbraio), durante i quali i partecipanti apprenderanno i più aggiornati metodi di formazione nell'area della simulazione: dalla preparazione degli scenari di crisi, all'uso dei manichini per le esercitazioni pratiche, all'interazione efficace con i discenti. Docenti del corso sono i dottori Giovanna Abate, anestesista istruttrice di simulazione e responsabile della formazione medica dell'Azienda sanitaria di Salerno, Filippo Bressan, dell'Azienda sanitaria di Prato, e Giuseppe Chiamonte, direttore del Centro Fiandaca e componente del team di anestesisti Ismett.

Il Centro di Simulazione Renato Fiandaca ha sede presso Ismett (www.ismett.edu) ed e' nato in collaborazione col WISER di UPMC (University of Pittsburgh Medical Center). La sua mission e' l'educazione, la formazione e l'addestramento degli operatori sanitari per migliorare la qualità delle cure, ridurre gli errori medici ed elevare gli standard di sicurezza.

Il Centro Fiandaca ha in dotazione 5 simulatori, manichini a grandezza naturale in grado di simulare segni e lamentare sintomi come un paziente reale, ed e' composto da 2 stanze, collegate a una cabina di regia con un sistema di audio e videoregistrazione per l'addestramento dei sanitari nella gestione di urgenze ed emergenze mediche, o di particolari casi clinici simulati.

I vantaggi nell'uso della simulazione come metodica per l'educazione e il training in medicina sono molteplici.

La simulazione offre, infatti, la possibilità di mettere in atto procedure ad alto rischio senza pericoli per il personale e senza coinvolgere i pazienti. Gli scenari possono essere ripetuti più volte per consentire agli studenti di migliorare le performance. Rari e complicati eventi clinici possono essere ricreati, ancora prima che accadano realmente, addestrando il personale a gestire efficacemente e tempestivamente tali criticità.

La simulazione consente di valutare e migliorare anche aspetti non prettamente medico-tecnici nella gestione dei pazienti come ad esempio la comunicazione, la leadership, il lavoro in team, la capacità decisionale, e la coordinazione.

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

Ansa**SANITA': CORSO SIMULAZIONE ISMETT PALERMO PER 20 ANESTESISTI**

Ha preso il via stamattina al Centro di simulazione Renato Fiandaca di Palermo, presso Ismett, il Corso base per istruttori di simulazione destinato agli associati all'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani, emergenza area critica. Le lezioni sono divise in tre giorni durante i quali i partecipanti apprenderanno i piu' aggiornati metodi di formazione nell'area della simulazione: dalla preparazione degli scenari di crisi, all'uso dei manichini per le esercitazioni pratiche, all'interazione efficace con i discenti. Docenti del corso sono i dottori Giovanna Abate, anestesista istruttrice di simulazione e responsabile della formazione medica dell'Azienda sanitaria di Salerno, Filippo Bressan, dell'Azienda sanitaria di Prato, e Giuseppe Chiaramonte, direttore del Centro Fiandaca e componente del team di anestesisti Ismett.

Il Centro di Simulazione Renato Fiandaca ha sede presso Ismett (www.ismett.edu) ed e' nato in collaborazione col Wiser di UPMC (University of Pittsburgh Medical Center). La sua mission e' l'educazione, la formazione e l'addestramento degli operatori sanitari per migliorare la qualita' delle cure, ridurre gli errori medici ed elevare gli standard di sicurezza.

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

POLICLINICO

ALLARME IN TERAPIA INTENSIVA

IL SEGRETARIO AMENDOLA

«L'influenza A ha fatto aumentare il numero di ricorsi al pronto soccorso ma il sistema ospedaliero s'è fatto trovare impreparato»

«Medicina d'emergenza senza posti letto è crisi»

Gli anestesisti: avanti col piano di riordino, ma servono strutture

ROBERTO CALPISTA

● Posti di terapia intensiva insufficienti e medicina per le emergenze sanitarie in affanno. È la denuncia degli anestesisti e dei rianimatori dopo la chiusura di otto sale operatorie al Policlinico. Sulla questione interviene **Antonio Amendola**, presidente regionale dell'**Aaroi** Emac (l'associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani - emergenza area critica).

Dottore, cos'è accaduto al Policlinico?

«Il problema risponde sostanzialmente ad una cronica carenza di posti letto di terapia intensiva».

Quindi nessuna emergenza legata all'influenza?

«L'influenza A ha "solo" fatto aumentare il numero di ricorsi al pronto soccorso e le richieste di posti di terapia intensiva, ma è il sistema ospedaliero pugliese che s'è fatto trovare "impreparato"».

Quanti posti ci sono al Policlinico?

«Attualmente 16. Il protocollo di intesa Università-Regione prevede un ampliamento a 32, ma è necessario sia terminare gli infiniti lavori di ristrutturazione della vecchia Rianimazione che fornire le necessarie dotazioni tecnologiche e di personale per i nuovi posti letto».

Nel frattempo?

«Non potranno che verificarsi periodicamente i fenomeni di sovrappioppamento con conseguente diversa allocazione dei pazienti critici e le interferenze nella programmazione delle normali attività di sala operatoria».

In pratica pazienti appena operati restano nelle sale operatorie per l'occasione adibite a terapie intensive?

«Le sale operatorie hanno le attrezzature necessarie, ma se dopo l'intervento chirurgico è impossibile spostare i pazienti, restano occupate, con gli inevitabili disagi. È un fenomeno che riguarda soprattutto i centri di eccellenza, qual è il Policlinico appunto. Ed è evidente in tutto ciò il diretto coinvolgimento degli anestesisti-rianimatori, continuamente impegnati non solo a garantire l'ottimale assistenza ai pazienti, ma anche a reperire posti letto di rianimazione e le urgenze operatorie».

È un problema solo del policlinico?

«No, le criticità del sistema dell'emergenza-urgenza riguardano un po' tutto il territorio regionale e richiederebbero una accelerazione dei processi di razionalizzazione del sistema sanitario ospedaliero. Non abbiamo bisogno di tanti piccoli ospedali».

Cosa sarebbe necessario per garantire adeguati standard di assistenza?

«Certamente è fondamentale un minor numero di presidi, ma ciascuno in grado sia di erogare prestazioni sanitarie adeguate all'utenza che di poter provvedere alle basilari prestazioni di emergenza. Chi, d'altronde, accetterebbe di farsi curare in un posto privo delle più elementari garanzie in tema di assistenza in urgenza?».

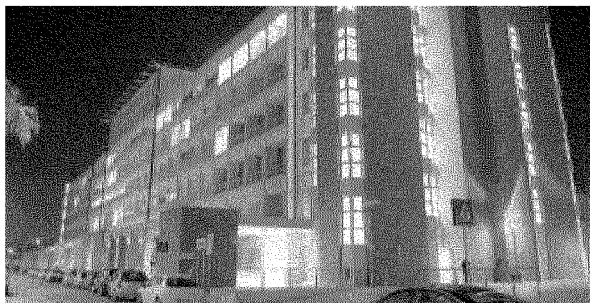
Quindi avanti con il piano di riordino ospedaliero?

«È necessaria una razionalizzazione. il piano dovrebbe consentire di liberare risorse da impiegare sia per il potenziamento dei servizi di emergenza-urgenza, che per la realizzazione di una più estesa medicina del territorio che permetta in molti casi di non ricorrere all'assistenza ospedaliera».

Il percorso non sembra dei più semplici. Le proteste già c'erano al tempo di Fitto e ci sono ora con Vendola.

«Quanto sta accadendo ci lascia perplessi circa la volontà della politica di abbandonare gli atteggiamenti di arroccamento che comportano un ritorno a vecchie logiche di gestione della sanità. Non c'è più tempo. Gli anestesisti-rianimatori e i medici dell'emergenza pretendono nell'immediato di poter lavorare in serenità, che vuol dire offrire una organizzazione efficace prioritariamente della emergenza-urgenza».

ASCLEPIOS
In tilt le sale operatorie perché non è stato possibile garantire un numero sufficiente di posti letto ai degenti appena operati. È stato necessario trattenerli nelle sale



LAVORI DA ULTIMARE

Il protocollo Università-Regione prevede un ampliamento a 32 dei posti della vecchia Rianimazione



Doctor News

L'11 febbraio Brunetta convoca i sindacati medici

Incontro al ministero del pubblico impiego il prossimo venerdì, 11 febbraio, per esaminare il funzionamento della riforma dei certificati di malattia on line. La convocazione, annunciata l'altro giorno dal ministro Renato Brunetta, è arrivata ora alle principali sigle della categoria, compreso il presidente degli ordini dei medici Amedeo Bianco. Il giorno prima, giovedì 10, i sindacati saranno invece ricevuti al ministero della Salute sempre per la stessa vicenda. Come noto i medici di famiglia, in riunione questo pomeriggio (venerdì 4 febbraio n.d.r.) nell'Intersindacale, hanno proclamato nei giorni scorsi lo stato di agitazione.

Ansa

BIOTESTAMENTO: APPELLO E SPOT MEDICI CONTRO ACCANIMENTO

I medici e gli operatori sanitari lanciano un appello, promosso dalla Fp-Cgil e della Fp-Cgil Medici "contro l'accanimento terapeutico e per la libertà di scelta sul testamento biologico". L'appello è sostenuto anche con uno spot su Internet con il messaggio "Io non costringo, curo". Fra le prime 10 adesioni figura quella dell'oncologo Umberto Veronesi, del senatore Ignazio Marino e di Amato De Monte, il direttore del dipartimento di anestesia e rianimazione dell'ospedale di Udine e responsabile dell'equipe medica che interruppe l'alimentazione e l'idratazione di Eluna Englaro. "I medici - si legge nell'appello - non vogliono una legge che costringa a mantenere in vita con tecnologie straordinarie o sproporzionate chi ha deciso di rifiutarle in modo consapevole e non ha più una ragionevole speranza di recupero". Sostengono anche che "non vogliono calpestare, per scelte legislative ideologiche, la deontologia professionale e la stessa Costituzione che garantiscono il rispetto della volontà dell'individuo sulle terapie da effettuare". Non vogliono poi che l'idratazione e la nutrizione artificiale "siano strumentalmente considerate nella legge come 'pane ed acqua', in contrasto con la comunità scientifica internazionale e negando l'evidenza della necessità per la loro somministrazione di competenze mediche e sanitarie". Nell'appello si chiede infine di "poter lavorare secondo scienza e coscienza in una alleanza terapeutica con la persona assistita, alla quale devono sempre essere garantite la dignità e la decisione finale".

BOLLETTINO UMBRIA - PUBBLICATI BANDI CONCORSO

Nel Bollettino ufficiale della Regione Umbria di domani sono pubblicati - secondo quanto riferisce un comunicato dell'ente - i seguenti avvisi e bandi di concorso.

Azienda ospedaliera Perugia:

- avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la formazione di graduatorie da cui attingere per eventuali assunzioni a tempo determinato per dirigente medico di chirurgia generale, di geriatria, di anestesia e rianimazione e di medicina legale. Unità sanitaria locale n. 2 Perugia:
- avviso per la formazione di una graduatoria aziendale di medici aspiranti al conferimento di incarichi provvisori per l'effettuazione di servizio attivo e reperibilità nel settore della Continuità Assistenziale - avviso per la formazione di una graduatoria aziendale di medici aspiranti alla attribuzione di incarichi provvisori o di sostituzione nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118).

La Nazione La Spezia

Parto prematuro, la mamma e il piccino in rianimazione

PRIMARIO Il direttore del reparto di Pediatria e Neonatologia, professor Stefano Parmigiani «EMERGENZA» per un parto prematuro all'ospedale Sant'Andrea. Una giovane mamma spezzina, ricoverata in Rianimazione e reduce da un intervento chirurgico urgente, ha dato alla luce alle sei di ieri mattina un maschietto di sei mesi. Il piccino quando è venuto alla luce pesava solo ottocento grammi. Il neonato è stato rianimato con successo dalle équipes della Rianimazione e della patologia neonatale della Pediatria dirette rispettivamente dai primari Cinzia Sani e Stefano Parmigiani ed è stato successivamente trasferito d'urgenza nella sezione cure intensive della patologia neonatale dello stesso ospedale dove è stato sottoposto a ventilazione meccanica. Al piccino sono state praticate tutte le terapie per stabilizzarlo e per poterne garantire un trasporto sicuro verso l'ospedale pediatrico «Giannina Gaslini» di Genova, considerata anche l'età gestazionale molto bassa. Il trasferimento è avvenuto a bordo di un'ambulanza del centro mobile di rianimazione con a bordo pediatri e anestesisti. La prognosi del piccino resta riservata. G.P.B.

La Nazione Empoli

«Se mio figlio è ancora vivo lo devo solo a quei medici»

AVERE un figlio coinvolto in un incidente stradale, temere per la sua vita, seguire con apprensione l'opera dei medici che hanno nelle loro mani quanto di più prezioso un padre abbia. È la terribile, ma per fortuna a lieto fine, esperienza toccata al papà di Marco L., 15 anni, che il 24 novembre scorso ebbe un grave incidente con il motorino. Una volta all'ospedale San Giuseppe gli fu riscontrata una grossa emorragia al fegato e delle microlesioni ai polmoni. «D'urgenza, è sempre il genitore che racconta, fu sottoposto a

intervento poichè l'emorragia non lasciava più molto tempo. Per fortuna tutto è andato per il meglio ed oggi Marco dopo una lunga degenza in chirurgia sta bene. Il ragazzo e la sua famiglia si sentono di ringraziare di vero cuore tutta l'equipe medica che l'ha seguito e gli è stata vicino durante questo periodo. **Un grazie che va ai medici e paramedici che hanno avuto cura di Marco: il dottor Antonio Caponi, il dottor Mauro Camassa, il dotto Umberto Lollo (questi sono i chirurghi che hanno operato) ed ancora : l'anestesista Antonio D'Amore, il ra senza dimenticare il dottor Germano Sussi che è il medico chirurgo che ha coordinato egregiamente tutto il primo soccorso fino alla sala operatoria. Il dottor Emilio Parma e Caridi, l'infermiere Stefano Di Donato e tutti coloro che si sono presi cura di Marco nel periodo che è stato ricoverato in rianimazione».**

Ansa

F1: KUBICA; CHIRURGO, L'INTERVENTO E' RIUSCITO

Prima notte tranquilla nel reparto di rianimazione dell'ospedale Santa Corona di Pietra Ligure per Robert Kubica.

"La mano e' calda, cio' significa che l'intervento e' andato bene", ha detto il professor Igor Rossello, chirurgo che ieri ha operato per sette ore il pilota di Formula 1 protagonista di un grave incidente al rally di Andora.

"Ci vorranno comunque almeno sei giorni di tempo per verificare se la circolazione del sangue nell'arto risponde come dovrebbe, ha proseguito Rossello. Per quanto riguarda invece la riabilitazione dell'arto, ha ribadito lo specialista, sarà necessario un anno. Robert Kubica, uscito di strada al volante di una Skoda Fabia nella prima prova speciale del rally di Andora, e' stato operato da una equipe di undici medici.

La squadra era composta da due rianimatori, due anestesisti, tre chirurghi ortopedici, tre chirurghi del Centro regionale di chirurgia della mano di Savona, un medico vascolare e due equipe di infermieri. Tra preparazione, stabilizzazione e intervento vero e proprio, il pilota di Formula 1 e' rimasto sotto i ferri per oltre sette ore.

Il polacco, prima guida della Renault, si trova sotto osservazione nella divisione di Rianimazione, diretta dal dottor Giorgio Barabino, dell'ospedale di Pietra Ligure. La prognosi resta riservata.

Il Sole 24 Ore

La partita del federalismo

«Se rimane l'attuale deficit di trasferimenti il divario con il Nord è destinato a crescere»La sfida è sui livelli delle prestazioni. Il Sud non può partire penalizzato. IL DECRETO DA PORTARE IN PARLAMENTO SCELTE DIFFICILI LE CONSEGUENZE «Occorre confrontarsi con le regioni come sollecita il capo dello stato»

Le esigenze di entrata renderanno poco praticabile l'aliquota ridotta per aziende e autonomi. L'affitto occultato può essere denunciato dal locatario che pagherà il canone sul valore catastale.

Coinvolgere in pieno le regioni nelle scelte finali che saranno fatte, come chiede il Capo dello stato. Evitare «forzature e scelte unilaterali» per «costruire insieme un impianto coerente». E valorizzare in maniera adeguata i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale. Altrimenti il federalismo fiscale sarà un pericoloso flop. Altro che ridurre le tasse o azzerare l'Irap. **Vasco Errani (Emilia-Romagna, Pd), rappresentante dei governatori, anticipa le preoccupazioni delle regioni in vista dell'avvio dell'esame in parlamento, dalla prossima settimana, del decreto su fisco regionale e costi standard sanitari.**

Presidente Errani, la prossima settimana inizia in parlamento il cammino del federalismo su fisco regionale e costi standard sanitari. Un'altra partita decisiva che parte in un clima politico ancora più surriscaldato dopo l'intervento del capo dello stato che ha frenato il governo sul fisco municipale. Che riflessi può avere questa situazione per il decreto sul federalismo regionale? L'intervento del presidente Napolitano a tutela e a garanzia delle prerogative del Parlamento è un fatto significativo anche perché chiede il pieno coinvolgimento delle autonomie locali. Il federalismo fiscale è la più importante riforma per il Paese, e proprio per questo bisogna trovare una strada seria per realizzarlo, senza forzature unilaterali. Cosa teme? Anzitutto le Regioni aspettano da subito che sia onorata l'intesa con il governo su quel decreto. Parlo del trasporto pubblico locale, che è una grande emergenza per il paese. **Ma su fisco regionale e costi standard per Asl e ospedali, ci sono ancora partite aperte? Il decreto ha accolto molte delle nostre richieste, vedremo come saranno recepite alla fine del percorso. Ma sarà fondamentale fare chiarezza definitiva su un punto decisivo che è rimasto irrisolto: la sostenibilità del federalismo fiscale in relazione ai Lea e ai Lep, i livelli essenziali di assistenza per la sanità e per le prestazioni sociali. Altrimenti non daremo certezza ai cittadini che esiste una reale responsabilità tra prelievo ed erogazione dei servizi. Visti i precedenti, in Parlamento la strada non si annuncia in discesa. Al governo abbiamo chiesto di seguire insieme i lavori della bicamerale. Ci contiamo. Il federalismo fiscale è una riforma essenziale. Ma non possiamo sbagliare. Serve un impianto coerente, senza forzature di alcun genere o bandierine da piantare. Giù le tasse, Irap azzerata: ce la farete mai? Abbassare l'Irap o azzerarla significa dire come si finanzia il sistema sanitario. Nessun bilancio regionale potrà mai azzerare l'Irap senza un finanziamento sostitutivo che garantisca la sostenibilità del sistema**

sanitario. Azzerare l'Irap: ma come, in relazione a che cosa? Da lunedì comincia la maratona tra voi governatori per il riparto dei 106 miliardi alla sanità nel 2011. Con il Sud che scalpita e le Regioni spaccate. Ce la farete mai a dare soddisfazione a tutti? Domani inizieremo una discussione difficilissima, anche perché partiamo da un aumento assolutamente minimo dei fondi. Io confido, e per questo lavorerò, come credo faranno tutti gli altri presidenti, che sia possibile costruire le condizioni per una decisione comune che sappia tenere conto delle diverse situazioni territoriali, assicurando criteri per una sostenibilità reale del sistema in tutto il Paese. Per un federalismo sostenibile, appunto. RIPRODUZIONE RISERVATA «Se resta l'attuale grave deficit di trasferimenti sulla sanità, non si farà altro che accentuare le differenze tra le regioni. E per il Sud sarà scontato l'aumento delle addizionali e dei ticket. Altro che abbassare o azzerare Irpef e Irap». Stefano Caldoro, governatore Pdl della Campania, chiede da subito ampi ritocchi al decreto su fisco regionale e costi standard sanitari. A partire proprio dalla sanità, la scommessa delle scommesse per il Sud quasi tutto commissariato. Presidente Caldoro, sul federalismo fiscale il Sud sembra giocare una partita tutta sua dentro una grande partita politica nazionale, come s'è visto sul fisco municipale. Siete pronti alla sfida in parlamento? Il federalismo è una sfida di tutti e per tutti. Tutti noi siamo interessati alla discussione di merito. Ma non nascondo che tra le regioni ci sono ancora profonde differenze oggettive quando discutiamo nel merito del federalismo fiscale. Cosa teme in particolare il mezzogiorno d'Italia? Il punto debole dell'impianto sulla sanità è di consolidare quelle vecchie regole che hanno prodotto grandi disparità e che vanno adesso totalmente superate. Parla dei criteri di riparto dei fondi sanitari che secondo voi penalizzano il Sud e della definizione dei costi standard e delle regioni benchmark? È un combinato disposto che produce un effetto fortemente penalizzante per le regioni del mezzogiorno. Anziché creare un sistema moderno e competitivo, come dovrebbe essere la sfida del federalismo, si consolida un modello di gestione che privilegia le rendite. Le rendite del Nord, proprio in sanità, contestate dal Sud sprecone? Guardi, la Campania ma questo vale per tutto il Sud subisce per la sanità un deficit di trasferimenti storico pari circa 70 euro procapite in meno sulla media nazionale. Quasi 450 milioni l'anno, a fronte di un deficit accertato di 700 milioni. Se avessimo un trasferimento equilibrato quasi azzereremmo il deficit dopo gli interventi del piano di rientro. Sembra un vero azzardo: Campania regione virtuosa? Diventeremo addirittura quasi una regione virtuosa. Senza dire che con la riforma, senza più il fondo che in qualche modo riequilibrava la media nazionale dei trasferimenti, la situazione peggiorerebbe. È come se dovessimo fare una gara di 100 metri partendo venti metri indietro. Col risultato che chi è indietro, non potrà mai recuperare. E le stesse cosiddette regioni virtuose non saranno mai competitive: basterà loro andare piano, tanto conquisteranno ugualmente le premialità. Per questo dico che questo non è un federalismo moderno e competitivo, ma un sistema che consolida e perpetua le situazioni di rendita. Insomma, chiedete di rifare i conti per la sanità, altrimenti per il Sud il fallimento è assicurato. Chiediamo di bilanciare da subito i trasferimenti in maniera equilibrata. Per scattare tutti insieme dalla stessa linea di partenza, per misurarci sui comportamenti virtuosi, quelli che in economia le aziende definiscono «performance goal». Nelle singole azioni: su chi migliora e risparmia di più sul personale, chi sulla farmaceutica. Su tutti i fattori della spesa sanitaria. Questo è un modello competitivo che fotografa quel che cambia, e non la staticità. Questa è la sfida di modernizzazione per il paese e per i servizi. Il Sud accetta questa sfida, ma non partendo venti metri indietro.

Il Messaggero Ostia

L'obiettivo finale è quello di chiudere il 2011 con i conti della sanità in miglioramento e la possibilità di dire addio alla scure dell'addizionale maggiorata dell'Irpef (significa tasse più salate per i cittadini di Roma e del Lazio). Ma l'applicazione del piano di rientro dal debito è dolorosa ed deve passare numerosi esami. Intanto, il disavanzo del Lazio, nel 2010, dovrebbe essersi attestato a 1,1 miliardi di euro, anche se i collaboratori della presidente della Regione, Renata Polverini, incrociano le dita e ipotizzano in un risultato migliore a fronte di una cura molto dolorosa (vedi riduzione posti letto). Quando se ne saprà qualcosa? Bisogna segnarsi una data: il 28 febbraio, si riunirà il tavolo interministeriale di valutazione (Ministero dell'Economia e della Salute) che dovrà passare al setaccio i conti della sanità del Lazio.

Ma c'è un passaggio altrettanto importante, che comincerà proprio questa mattina e durerà almeno due o tre giorni. Sembra un appuntamento oscuro, l'oggetto è "Proposta di riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2011" e se ne discuterà alla Conferenza delle Regioni. In pratica: quanto è grande la fetta dei fondi del servizio sanitario nazionale che va ad ogni regione e dunque anche al Lazio? Ciò che si ottiene al termine della trattativa - e la presidente Renata Polverini si presenterà molto battagliera - influenzerà ovviamente il totale delle risorse a disposizione per la sanità. In linea di massima, al Lazio dovrebbero andare 9,6 miliardi di euro, con un aumento rispetto all'anno passato di 160 milioni collegato all'incremento della popolazione. Ma ci sarà un'altra partita importante: quella che decide la spartizione dei fondi del patto per la salute. Ci sono tre criteri in gioco, il Lazio sostiene quello proposto dalle regioni del mezzogiorno. Non è una partita da poco: il Lazio può strappare 50 milioni di euro nel caso migliore, 25 in quello peggiore. E con i tempi che corrono ogni milione di euro è importante.

Per questo la battaglia che comincia oggi alla conferenza delle Regioni rischia di incidere sulla vita di molti cittadini del Lazio, sul servizio offerto negli ospedali e sulle tasse che pagheranno in futuro.

Il Gazzettino

Sanità, le Regioni a Roma parte la lotta per il riparto

Il ministero deve distribuire 106 miliardi, ma è battaglia tra Nord e Sud sulle modalità di divisione dei fondi

Settimana cruciale per la sanità: nei quattro giorni romani che vedono impegnate le Regioni nel riparto per l'assegnazione dei fondi relativi al 2011 si gioca anche il futuro delle strutture venete. L'assessore Luca Coletto, prudente, prevede che riuscire a portare a casa un centinaio di milioni in più del previsto sarebbe già un colpo accettabile visto che si stanno mettendo le cose. Gli ottimisti sperano in 200-300 milioni in più (il che allontanerebbe definitivamente il pericolo di dover reintrodurre l'Irpef), anche se pare una prospettiva alquanto lontana, visto come si stanno mettendo le trattative (l'anno scorso la Regione portò a casa 8,325 miliardi, 200 milioni in più rispetto al 2009).

Le regioni del Sud premono infatti sull'acceleratore per ottenere una modalità di riparto che le "premi" e che di fatto riesca a colmare i disavanzi che sono estremamente pesanti. In un documento sottoscritto da Sicilia, Puglia, Campania e Calabria, viene infatti proposto un riparto che tenga conto anche dell'indice di deprivazione sociale e che quindi superi l'attuale riparto che premia la presenza di residenti over 65. Dal canto suo il Veneto spinge per un modello che invece punti alla "premiabilità": come discriminante le buone pratiche e l'età avanzata della popolazione.

«Faremo il possibile per trovare un punto di sintesi - sottolinea l'assessore Luca Coletto, che è anche coordinatore nazionale - ma è chiaro che la deprivazione non può essere l'unico criterio alla base del riparto. Vanno premiate le Regioni che hanno razionalizzato di più, chi ha tenuto bassi i costi e chi dispone di bilanci in equilibrio».

E se l'accordo non dovesse arrivare, ipotesi ad oggi del tutto plausibile nonostante la mediazione del Veneto, la palla passerebbe al ministro Fazio e alla sua proposta. Il ministero della Salute per ripartire i 106 miliardi di euro ha puntato esclusivamente sul parametro della popolazione residente, pesata in base all'età sulle due voci della specialistica e dell'ospedaliera (ma quest'ultima soltanto sul 50 per cento della cifra complessiva). Le regioni del Nord, più "vecchie" ne risultano favorite, penalizzato il Sud che protesta. Per il Veneto, che anche quest'anno si affaccia ad una chiusura di bilancio con un "rosso" di circa 200 milioni, si tratta di una partita di non poco conto. La manovra di contenimento messa in atto dalla Regione e di fatto imposta alle Asl, che si sono viste chiedere una contrazione della spesa a esercizio quasi finito, ha già dato i suoi frutti, ma a ben analizzare di rivoli da tagliare ce ne sono ancora parecchi. Ed è proprio in queste pieghe che s'insinuerà il nuovo Piano Sanitario regionale (nuovo si fa per dire visto che ne manca uno da 15 anni).

Gazzetta del Sud

La "due giorni" di Scopelliti L'obiettivo è ridurre, per quanto possibile, il previsto taglio di 41 milioni

Paolo Cannizzaro

Una "due giorni" romana per il presidente della Giunta regionale Giuseppe Scopelliti, che parteciperà oggi e domani alla riunione straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome convocata dal presidente Vasco Errani. Si tratta di una riunione "monotematica", con all'ordine del giorno la "proposta di riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2011". E non sarà - come non lo sono state le ultime sedute dedicate a questo scottante tema - una passeggiata per nessuno. Scopelliti lo ha detto in più circostanze: è pronto a dare battaglia in difesa degli interessi della Calabria.

Il "fuoco alle polveri" già da questo pomeriggio alle ore 15, con prosieguo domani (secondo il calendario già fissato dal presidente Errani) alle 10, ed eventuale "coda" mercoledì. Ma il Governatore conta di rientrare in Calabria già domani sera - ecco perché abbiamo parlato di una "due giorni" - affidando se del caso la tutela degli interessi calabresi alle cure del vicepresidente della Giunta Antonella Stasi.

Sono noti i motivi che hanno indotto il Presidente Scopelliti a tenere alta la guardia: tra i criteri del riparto del fondo nazionale 2011 della sanità (si tratta di 106 miliardi di euro) vi è quello "premia" le regioni con una età media della popolazione più avanzata rispetto a quelle più "giovani". Cioè penalizza il Sud decisamente "verde", con la Campania che nel 2011 vanta l'età media di 40 anni (stima Istat), o Sicilia e Calabria con 42 anni; mentre la Liguria, tanto per fare qualche esempio, ha una popolazione con età media 48 anni, il Friuli-Venezia Giulia e la Toscana 46 anni, l'Emilia Romagna e il Piemonte 45, la Lombardia 44 anni. Il Sud dunque potrebbe trovare alleati a Nord solo nella Provincia autonoma di Bolzano: l'età media stimata per il 2011 è decisamente bassa: 41 anni.

Tutti, e quindi anche la Calabria, concordano sul fatto che una popolazione anziana ha bisogno di maggiori cure ed attenzioni; vi è quindi la necessità della ricerca di un equilibrio tra i criteri da adottare in sede di

conferenza delle Regioni, dove è all'esame la proposta di riparto avanzata a nome del Governo del ministero della Salute, prima dell'appuntamento della Conferenza plenaria Stato - Regioni.

Così come stanno le cose, la proposta di riparto avanzata dal Governo comporta per la Calabria una decurtazione del Fondo sanitario regionale calcolata in 41 milioni di euro, un taglio determinato anche dal criterio legato all'anzianità della popolazione. E in una regione già alle prese con un doloroso piano di rientro, da "lacrime e sangue", quel taglio da 41 milioni non sarebbe sostenibile. Anche per questo Scopelliti è intenzionato a dare battaglia.

La Calabria potrebbe puntare, per riequilibrare il riparto, su un altro elemento oggettivo di valutazione da far valere insieme agli altri; potrebbe essere - come suggerito recentemente anche dai capigruppo di opposizione attraverso una mozione - la ricchezza delle singole regioni in ragione del prodotto interno lordo, o si potrebbero considerare altri indicatori della ricchezza dei territori.

Si fronteggiano in Conferenza delle Regioni, va da sé, interessi contrapposti e magari - perché no? - egoismi particolari. Il presidente Errani si trova davanti il difficile compito di ricercare, insieme ai colleghi Governatori, una sintesi e una soluzione condivisa da portare al confronto con il Governo.

Nessuna novità invece - tanto per restare in campo sanitario - sul fronte del piano di rientro. È attesa una convocazione del "tavolo Massicci" che però tarda, determinando una situazione di incertezza per certi versi incomprensibile.

Da definire infine la questione del Polo oncologico: la proroga biennale alla Fondazione "Tommaso Campanella" non piace ai tecnici romani; dovrà essere pertanto messa a punto una legge regionale che possa sancire una volta per tutte la mission oncologica della struttura destinata a diventare un Irccs pubblico, ossia un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per il trattamento dei tumori.