



# **RASSEGNA STAMPA**

**5/01/11**

**Lavoro e Professioni**

## Speciale 2011. Le aspettative della sanità (seconda puntata)

05 GEN- Il bilancio 2010 e le aspettative per il nuovo anno di Vincenzo Carpino, presidente nazionale Aaroi-Emac; Miriam Guana, presidente Fncio; Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg; Antonio Palagiano, responsabile nazionale Sanità dell'Italia dei Valori; Annarosa Racca, presidente Federfarma ([vedi la prima puntata](#)). [Leggi...](#)


**Oggi in sanità**

05 gennaio 2011

**Rassegna Stampa**

**Influenza, tempo di vaccini:** gli esperti annunciano l'arrivo del picco stagionale dell'influenza e intanto si registra un...

[continua](#)
**QSnewsletter**

Hai perso le ultime notizie della settimana? Vuoi essere sempre aggiornato sulle novità, i documenti, le leggi, le inchieste e

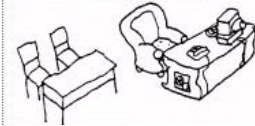
**Qsridents**

VINCINO

"MAGARI NELLA SCUOLA AVESSIMO TANTO PRIVATO QUANTO NELLA SANITÀ..."



LA SUORA DI CLASSE


**AAROI-EMAC**

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

**Relazioni con i media**

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

## Speciale 2011. Le aspettative della sanità (seconda puntata)

*Il bilancio 2010 e le aspettative per il nuovo anno di Vincenzo Carpio, presidente nazionale Aaroi-Emac; Miriam Guana, presidente Fnco; Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg; Antonio Palagiano, responsabile nazionale Sanità dell'Italia dei Valori; Annarosa Racca, presidente Federfarma (vedi la prima puntata).*

05 GEN - -

**Vincenzo Carpio, presidente Aaroi-Emac**

### Sarà un anno di intenso impegno per obiettivi di grande rilevanza

Il 2010 è stato senza alcun dubbio un anno molto pesante per la sanità e la dirigenza medica. Innanzitutto è stato grave il colpo inferto al sistema delle relazioni sindacali: con interventi "ope legis" sono stati smentiti accordi già sottoscritti, sono stati messi in atto il blocco dei contratti e delle retribuzioni, la decurtazione delle retribuzioni, è stata soppressa la specificità negoziale della dirigenza medica, è stato distorto il sistema di valutazione con l'imposizione della ripartizione della retribuzione di risultato al 25-50-25%.

Si è assistito alla contraddizione fra rottamazione e pensione a 70 anni, al blocco del turnover, alla diffusione selvaggia del precariato e del ricorso massiccio alle prestazioni aggiuntive per garantire lo standard assistenziale.

Abbiamo visto nascere la scuola di specialità di urgenza emergenza, che non risolverà i problemi del sistema e scontenterà le migliaia di medici che lavorano nei pronto soccorso di tutta Italia perché sarà in grado di diplomare solo un limitato numero di predestinati, espressione di una lobby interessata solo ad impossessarsi delle posizioni di vertice. Una nota meno nera, ma pur sempre grigia, è rappresentata dalla legge su terapia del dolore e cure palliative, che dividendo artificialmente due funzioni che sono spesso mal distinguibili ha per lo meno il pregio di aver salvato all'ultimo momento la dignità della terapia del dolore non oncologico che interessa una fetta di popolazione enormemente più grande di quella affetta da dolore oncologico e che rischiava seriamente di essere dimenticata.

Date queste premesse le attese per il 2011 sono, nonostante il blocco del contratto, quelle di un anno di intenso impegno per raggiungere una serie di obiettivi di grande rilevanza quali la produzione di un Testo unico della contrattazione (progetto su cui l'Aaran concorda, ma che bisognerà perseguire con forza) e la definizione dei Contratti collettivi integrativi aziendali, in sospenso in moltissime aziende. Quest'ultima sarà anche l'occasione per affrontare nelle aziende il problema degli standard dei piani di lavoro e delle guardie in anestesia e rianimazione.

Confidiamo che il 2011 sarà l'anno della razionalizzazione dei punti nascita su standard di qualità e sicurezza, che consentiranno anche la diffusione dell'analgesia del travaglio di parto, e che sia anche l'anno in cui si definiranno finalmente per legge le competenze della disciplina di anestesia e rianimazione, ancora in attesa di definizione univoca, relativamente alla rianimazione, terapia intensiva, terapia del dolore e terapia iperbarica. Vedremo inoltre l'inizio del percorso di istituzione delle reti di cure palliative e terapia del dolore: per quest'ultima in particolare la competenza professionale e storica degli anestesisti rianimatori ci rende certi di poter affrontare con successo questo progetto, che peraltro è in molti casi già realtà operativa da molti anni.

### ultimi in 'Lavoro e Professioni'



Attività fisica. Un corso Ecm insegna ai medici come promuoverla ai propri pazienti

**Speciale.** L'esercito della sanità. La fotografia 2009 di medici, infermieri & Co.

Dottore, ha dormito stanotte?

**Speciale 2011.** Le aspettative della sanità (prima puntata)

#### AAROIEMAC

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

## SICILIA: RUSSO, ASSUNZIONI IN BASE A CRITERI TREMONTI E FAZIO

"La quantità di personale nella sanità in Sicilia, comprese le assunzioni di quattromila persone, e il relativo costo rispecchia esattamente quanto concordato con il ministro dell'Economia Giulio Tremonti e con il ministro della Salute Ferruccio Fazio. Sono in linea con i parametri del piano di rientro". Lo ha detto l'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo, in conferenza stampa convocata dopo il servizio mandato in onda ieri sera dal Tg1 sulla sanità siciliana. Ad oggi in Sicilia sono impiegati nel sistema sanitario 52.012 mila dipendenti.

"Non a caso sono le stesse cifre - ha chiarito Russo, magistrato in aspettativa cooptato nel governo da Raffaele Lombardo per aggiustare i conti nella sanità - ratificate nel piano di rientro e puntigliosamente rispettate grazie ai quali la Sicilia ha evitato il commissariamento, diventando un esempio per le altre regioni con i conti in rosso".

"Per quanto riguarda i 4 mila posti messi a concorso, 2.507 già banditi - ha precisato Russo - non si tratta di ulteriori assunzioni che andranno a gravare sul sistema facendo sfiorare il tetto massimo degli attuali 52 mila. Sono posti che, a seguito del blocco del turn over e dei pensionamenti, rimangono vacanti e che, quindi, devono essere coperti proprio sulla base dei paletti fissati dai ministri Tremonti e Fazio. La rivoluzione, che non piace ai potentati, è che questi posti il governo della Sicilia ha deciso di assegnarli con concorsi pubblici e questo dà fastidio".

In base ai dati forniti dal dirigente dell'assessorato alla Salute, Lucia Borsellino, figlia del magistrato ucciso nella strage di via D'Amelio, nel 2007, tra dirigenti medici e non, lavoravano nella sanità siciliana 57.817 persone per una spesa lorda 3.106.731 euro. "Nel 2009 c'è stato una riduzione di circa 2 mila dipendenti - ha aggiunto - con un risparmio di oltre 96 mila euro".

## Il Mattino

### La storia la racconta Anna De Prisco, anestesista precaria dell'Asl

Salerno: «Martedì mattina mia madre è stata messa alla porta dal reparto Oncologia dell'ospedale di Perugia dove è in trattamento chemioterapico. Le hanno detto che la regione Campania non paga i mille euro necessari per la sua terapia. Se avesse voluto sottoporsi alle cure per il tumore polmonare di cui è affetta, avrebbe dovuto pagare di tasca sua». La signora, che tra l'altro ha fatto ritorno a Salerno senza nessuna indicazione di centri di eccellenza alternativi dove recarsi, ora dovrà sottoporsi ad un altro calvario, quello delle prenotazioni presso il Pascale di Napoli o dell'Ospedale Umberto I di Nocera Inferiore, dove le liste di attesa anche per la radioterapia sono lunghissime. Pare che l'ammalata di Salerno non sia che la prima di una lunga serie di pazienti oncologici che dovranno rinunciare alle terapie fuori regione. È di martedì la circolare dell'Asl Umbra che mette nella lista nera i pazienti provenienti dalla Campania e specificamente dall'Asl di Salerno. «I funzionari di Perugia ci hanno spiegato che la nostra Asl non effettua i rimborsi delle prestazioni in day hospital e da febbraio sarà tutto bloccato», dice la dottoressa De Prisco. Sono molti i campani a Perugia per i trattamenti al centro Misericordia: la cura fino ad oggi era rimborsata interamente. «Una prestazione salvavita - dicono i familiari dell'ammalata salernitana - che ha portato tra l'altro non pochi giovani alla nostra congiunta che ha visto un progressivo rallentamento della diffusione delle metastasi polmonari. Il timore ora è che i protocolli di Perugia non saranno esattamente applicati in altri centri quando riusciremo a trovare una nuova collocazione. Per il momento non ci resta che pagare di tasca nostra le cure». In provincia di Salerno si parla di liste di attesa fino a sei mesi per la chemioterapia e la radioterapia. Gli ammalati oncologici vivono dunque il dramma di dover sottoporsi a pesanti trattamenti farmacologici o radioterapici in centri distanti centinaia di chilometri dalle loro residenze. E ora anche di vedersi rifiutare i trattamenti in regime di assistenza da parte del servizio sanitario nazionale se praticati fuori regione. «Nostra madre ogni mese si recava in Umbria un autobus. Partiva alle cinque del mattino, rimaneva per l'intera giornata per le terapie, e tornava a sera», dicono a casa De Prisco. Ruolino di marcia massacrante: in palio la sopravvivenza. Ora i conti dissestati della sanità richiedono un viaggio della speranza con supplemento di medicine a pagamento

## Ansa

### SANITA': PUGLIA; C. DESTRA, NO TAGLIO PARTO INDOLORE AL 'FAZZI'

"Non è concepibile l'ipotesi che nell'ospedale 'Vito Fazzi', e più in generale nella Asl Lecce, non si effettuino più 'parti indolori', ossia interventi di analgesia epidurale, nonostante lo straordinario accoglimento che tale servizio ha giustamente registrato presso le nostre partorienti". Lo affermano in una nota i consiglieri regionali del centrodestra Rocco Palese, Saverio Congedo, Roberto Marti, Mario Vadrucci ed Antonio Barba (Pdl) ed Andrea Caroppo (Puglia Prima di Tutto).

"Tra gli amari effetti di un 'piano di rientro' che Vendola non ha subito ma proposto al fine di rimediare al suo malgoverno quinquennale (con riferimento al quale non ci risulta alcuna resistenza da parte del governatore in ordine al taglio di ospedali, reparti ed assunzioni di medici ed infermieri, anche perché da lui stesso proposti) non possono e non devono rientrare - sostengono i consiglieri - autentiche regressioni

nella nostra sanità, come nel caso del taglio del parto indolore al 'Fazzi' o di quello della Pet presso la stessa Asl".

"Sull'argomento attendiamo dalle sostenitrici e dai sostenitori dell'attuale maggioranza regionale - aggiungono - comportamenti concreti e risolutivi, e non il solito giochetto truffaldino delle due parti in commedia, ossia dello sdoppiamento furbesco e cinico del partito al tempo stesso 'di lotta e di governo. Se non si condividono talune scelte, si può anche scegliere di testimoniare tale dissenso attraverso una dissociazione reale che giunga fino alle dimissioni da incarichi e prebende". "Per quanto ci riguarda, - concludono - ci batteremo con tutte le nostre forze per evitare che il diritto alla salute sia irrimediabilmente compromesso dagli effetti e dalle scelte del malgoverno vendoliano".

## La Nazione - Pisa

### Tagli ai medici del 118 E' polemica sul litorale

IL NUOVO assetto è scattato da pochissimi giorni, con l'inizio del nuovo anno. Tra le polemiche. Dal primo gennaio, infatti, l'ambulanza del litorale non avrà il medico a bordo, ma soltanto la macchinetta Dae, un rianimatore automatico. E già si fanno i primi bilanci tra chi è favorevole e chi contrario. Un primo volantino di protesta era stato distribuito, a doppia firma dalla Pubblica assistenza del litorale pisano, colpita dai tagli e dal Ctp 1, il Consiglio territoriale di partecipazione competente dove si parlava anche dei tagli al servizio civile. E' il presidente della Palp, Aldo Cavalli, a riassumere la questione. La nuova organizzazione è nata «da una ristrutturazione voluta dall'Asl che ha fatto due conti», spiega. «Dopo aver calcolato la media dei servizi svolti con il medico tra Marina e Calambrone durante l'inverno e aver verificato che è bassa, si è pensato di togliere il medico e lasciare il rianimatore automatico». Medico che però tornerà d'estate, da giugno a settembre compresi, visto il grande afflusso di persone e, con esso, l'aumento dei rischi. C'è poi un altro aspetto, «quello che riguarda il 118 e i medici». «Tutto parte dal concetto di emergenza-urgenza. Fino ad ora, si è detto prosegue Cavalli c'è stato un cattivo utilizzo delle ambulanze con il medico. Mezzi che venivano impiegati anche per interventi meno gravi (per pazienti, cioè, che non erano in pericolo di vita). E allora è stato introdotto l'uso a bordo di una macchinetta, la cosiddetta Dae, che fa in pratica tutto da sola: misura due fasi fondamentali del cuore e, se ci sono interruzioni o qualcosa non funziona, interviene». Ristrutturazione che «riguarda non soltanto noi, ma anche la città della Torre che avrà due ambulanze con medico, per la Misericordia e la Pubblica assistenza pisane, e due mezzi con le macchinette: una per la Croce rossa pisana e un'altra, attiva 24 ore alternativamente tra Pa e Misericordia di Pisa». «Marina, insomma, viene esclusa dall'utilizzo di questo mezzo a metà». «Perché?», si chiede Cavalli. Si tratta di un servizio che porta soldi e le nostre associazioni ne hanno bisogno per andare avanti». Un argomento sul quale la stessa associazione ha indetto un sondaggio su Facebook per raccogliere l'opinione dei residenti. Che cosa pensano della nuova organizzazione?». DIVERSO il bilancio di Antonio Cerrai della Croce Rossa. «Durante i primissimi giorni racconta sono stati effettuati con l'ambulanza e il defibrillatore oltre 15 servizi. Si tratta di interventi che scattano laddove il 118 si rende conto che la situazione non è grave. La macchina viene usata da una persona che ha seguito un corso ad hoc e ha ottenuto l'abilitazione».

## Alto Adige

### Aprire ambulatorio per cure contro il dolore

L'ospedale si vuole dotare di un ambulatorio per affrontare la terapia del dolore. Questo lo sbocco di un corso di aggiornamento organizzato dai medici Gerold Drüge e Norbert Pfeifer, primario di rianimazione e coordinatore del pronto soccorso.

I due medici profondamente impegnati nel settore della medicina d'urgenza hanno voluto dare una nuova impronta al modo di affrontare la terapia del dolore, allargando l'orizzonte a tutti i campi d'intervento e coinvolgendo medici ospedalieri, infermieri, assistenti sanitari ma anche i medici di base. «Nessun paziente deve soffrire di dolore - sostiene Drüge - e per questo dove è possibile si agisce. Per senso umanitario, sociale ed etico è giusto portare il paziente ad avere meno dolore possibile o fargli percepire un dolore tollerabile. Io dico sempre che il dolore non si discute, compito del medico è quello di alleviarlo».

Per cercare di diffondere e sensibilizzare la medicina del dolore tra i sanitari i medici Drüge e Pfeifer hanno organizzato una serie di incontri, l'ultimo dei quali si terrà il prossimo 12 febbraio. Oltre cento i partecipanti ad ognuno dei 4 incontri, per due terzi infermieri. Il trattamento del dolore non ha confini disciplinari e va dal parto, ai dolori post-operatori, al male causato dai tumori per arrivare fino alle cure palliative. Drüge da poche settimane è stato nominato presidente provinciale dell'Associazione italiana lotta al dolore. «Nel 2011 - spiega - puntiamo ad aprire un ambulatorio interdisciplinare in ospedale che due giorni alla settimana sia a disposizione dei pazienti e in costante contatto con i medici di base. Per raggiungere questo obiettivo servirà potenziare il nostro organico, stiamo lavorando per questo». «La terapia del dolore può fare molto - aggiunge Norbert Pfeifer - contro i dolori cronici, per consentire al paziente di continuare la sua vita normale. È fondamentale sensibilizzare le varie categorie coinvolte, iniziare il dialogo con i medici

di base e seguire corsi di aggiornamento. La terapia del dolore si evolve velocemente ed è importante imparare le nuove terapie da applicare ai pazienti».

Tra i casi seguiti all'ospedale Tappeiner c'è anche quello di una ragazza di 14 anni che soffre di dolori alle ossa lunghe e che grazie alle tecniche della terapia del dolore riesce a vivere tranquillamente a casa, senza influenzare la vita sociale sua e della famiglia. I dolori sarebbero tali da non riuscire neppure a dormire la notte. Con terapie farmacologiche si possono ridurre gli interventi a uno ogni 72 ore e ad ogni paziente viene prescritta una terapia specifica con cerotti che rilasciano sostanze a pompe esterne attivate dal paziente stesso.

## Il Centro

### Aspetta l'operazione da 47 giorni

L'odissea della paziente, 76 anni e residente a Rocca Morice, è iniziata lo scorso settembre per un problema polmonare.

Curata nell'ospedale di Pescara la donna è stata poi dimessa per essere subito trasferita nella cardiocirurgia del Santissima Annunziata di Chieti per essere sottoposta alla sostituzione di una valvola mitralica e al trattamento chirurgico di una grave patologia aortica. Un quadro clinico complicato tenendo conto dell'età della paziente che per i cardiologi doveva essere affrontato con un intervento urgente. «In realtà sono passati 47 giorni dal ricovero e nessuno sa dirci quanto ancora durerà questa attesa» racconta con lamare in bocca la figlia dell'anziana che tra l'altro svolge la professione di infermiera. «Tutto questo accade in un reparto di eccellenza dell'ospedale teatino, dove le professionalità sono di altissimo livello, ma dove mancano i supporti affinché queste professionalità mantengano una operatività ad alto regime». La causa di tutto la decimazione dei posti letto di rianimazione destinati alla cardiocirurgia sancita dal piano sanitario regionale. E così lestante attesa di un paziente in un letto d'ospedale, senza avere la possibilità, nel frattempo, di tornare a casa, diventa normalità. «Al di là dei gravi problemi di salute di mia madre che ha bisogno di essere operata con urgenza» prosegue la figlia «chiedo a chi dispone tagli sui servizi sanitari per tappare le voragini quanto costose degenze in ospedale così lunghe. È un paradosso inaccettabile». Il primario del reparto, **Gabriele Di Giammarco** conferma l'esistenza del problema delle lunghe attese dei pazienti cardiopatici prima di arrivare in sala operatoria e ne spiega anche le ragioni. «Dal 2007 i posti letto della rianimazione in reparto sono passati da 6 a 4. I nostri sono pazienti «difficili», il rischio di complicazioni post-operatorie è sempre in agguato per cui le degenze si allungano. Come si allunga la lista di attesa di malati che si affida, in modo autonomo, al policlinico di Chieti per sottoporsi a interventi al cuore. Sono 180 le richieste che non riusciamo a soddisfare» puntualizza «e i motivi sono tanti». Solo due sale operatorie, con un organico di infermieri ridotto all'osso, utilizzate per due o tre interventi al giorno. A fronte di un grande bacino di utenza che ha bisogno di prestazioni ultraspecialistiche immediate. «Ci sentiamo moralmente responsabili di tutti i pazienti che arrivano da ogni angolo dell'Abruzzo. Ma non possiamo lavorare a pieno regime. Il nostro obiettivo primario è tutelare al massimo la salute dei malati e in queste condizioni non possiamo lavorare a pieno regime come vorremmo. Il personale» incalza «riesce davvero a fare miracoli nonostante una miriade di impedimenti. A partire dalla mancanza di indispensabili strutture di supporto che agevolerebbero in primis i pazienti e l'organizzazione delle eccellenti professionalità di cui andiamo fieri». Entro un anno, però la situazione potrebbe cambiare con il completamento della nuova ala ospedaliera che ospiterà, in locali più idonei, anche la cardiocirurgia. «Ci auguriamo tutti» conclude Di Giammarco «che gli annunci diventino finalmente una realtà».

## Il Resto del Carlino – Modena

### Potenziare ginecologia e il pronto soccorso

PAVULLO IL DIRETTORE e i medici primari dell'ospedale di Pavullo hanno inviato precise proposte ai responsabili istituzionali che stanno elaborando il Piano attuativo locale (Pal) della Provincia di Modena, per potenziare il nosocomio frignanese. Le proposte hanno ricevuto il pieno sostegno sindaco Romano Canovi, il quale ha espresso soddisfazione poiché sono stati indicati, dice «punti qualificanti che debbono essere affrontati e risolti per consentire all'ospedale di zona di proseguire con forza lungo la strada della qualificazione e del potenziamento in una logica di ottimizzazione delle risorse e degli investimenti». I temi proposti riguardano le garanzie da fornire ai pazienti, il prosieguo di un programma di interventi «che consenta di portare a livelli di sufficienza gli standard di garanzia dell'ospedale garantendo la copertura anestesiológica e rianimatoria 24 ore al giorno», la copertura nelle ore notturne con un organico medico e infermieristico di Pronto soccorso che consenta contemporaneamente l'uscita dell'ambulanza medicalizzata sui codici rossi e la presenza di medico e infermieri in pronto soccorso, e il potenziamento dell'assistenza infermieristica e ostetrica del reparto di Ginecologia e del nido. Le indicazioni dei medici riguardano anche l'adeguamento della struttura: ritengono che non siano rinviabili i lavori edilizi di adeguamento dell'ospedale. A giudizio dei sanitari altri interventi dovranno essere effettuati contestualmente alle opere necessarie alla sicurezza antincendio: riguardano il Pronto soccorso- Obi, l'endoscopia, le sale operatorie,

l'area degli ambulatori (in particolare quelli di cardiologia e diabetologia), le aree di degenza più vetuste. Per quanto concerne la cosiddetta intensità assistenziale i primari ritengono che l'offerta sia in linea con le esigenze, ma propongono di potenziare le relazioni con la rete assistenziale ospedaliera e territoriale. A questo proposito sottolineano che «la sede disagiata rappresenta la premessa per sperimentare progetti di telemedicina sia nell'ambito delle reti ospedaliera che in quello territoriale di riferimento». Il sindaco Canovi assicura che sosterrà le proposte avanzate dai medici primari come contributo alla elaborazione del Pal

## Il Gazzettino

«Sono i nuovi standard prescritti a livello ministeriale ad imporre un reparto materno infantile in cui ci siano almeno mille nascite all'anno, ci sia a disposizione un pediatra 24 ore su 24 e un **anestesista** dedicato con sala operatoria in grado d'intervenire per un taglio cesareo in 10/15 minuti».

Il dottor Michele Linciano, primario del reparto materno infantile di Portogruaro, spiega i motivi cui deve sottostare oggi un reparto di materno infantile per far nascere in sicurezza i bambini rispettando le direttive del Ministero della Sanità. A far scoppiare il caso della temuta soppressione del materno infantile a Portogruaro sono stati gli undici primi cittadini del Portogruarese, alla conferenza dei sindaci che doveva approvare gli indirizzi della nuova organizzazione ospedaliera del Veneto Orientale. I primi cittadini del Portogruarese proprio non hanno voluto sentire ragioni sulla proposta della Direzione dell'Ulss 10 di conservare solo il materno infantile di San Donà di Piave. La nuova organizzazione ospedaliera pur puntando in prospettiva decennale sull'ospedale unico è stata così approvata solo a condizione di lasciare in sospeso la questione del materno infantile.

«Attualmente - spiega il dottor Michele Linciano - nel Veneto Orientale ci sono circa 1.800 nati all'anno, attorno agli 800 a San Donà di Piave e 700 a Portogruaro, gli altri 300, nascono fuori Ulss 10, frutto di fughe verso il Friuli Venezia Giulia (Latisana e San Vito) e Oderzo, in arrivo da Annone Veneto». Da notare che le nascite nel reparto di Portogruaro negli ultimi dieci anni sono più che raddoppiate.

«Poiché il Ministero impone, giustamente, reparti che abbiano un minimo di mille nati - prosegue il primario dell'ospedale di Portogruaro - solo così infatti si ha una casistica sufficiente per acquisire le necessarie esperienze, c'è da valutare dove lasciare l'unico punto nascite del Veneto Orientale: o a San Donà di Piave che già adesso è strutturato con i servizi di **anestesia** dedicata e pediatra 24 ore su 24, servizi che attualmente mancano in riva al Lemene, o investire a Portogruaro mettendo sul piatto dei costi l'invitabile fenomeno di fuga qualora si tenesse San Donà, a mio parere anche il 90 per cento, verso Pordenone che dista solo 15 minuti di autostrada, non essendoci peraltro più in futuro il materno infantile di Latisana che quest'anno viene chiuso e San Vito, il cui ospedale è stato accorpato all'azienda ospedaliera di Pordenone».

## Il Giornale di Vicenza

### Un progetto di assistenza globale per malati oncologici e famiglia

L'ex dg Domenico Mantoan ha voluto il Progetto GiobbeL'Ulss 4 ha avviato da gennaio 2009 il Progetto Giobbe, uno strumento finalizzato ad un'assistenza globale del malato oncologico, per dare ai pazienti e alle loro famiglie un punto di riferimento in un momento così difficile come sempre è quello della malattia oncologica. È un progetto all'avanguardia, che sposa l'umanizzazione più autentica, pressoché unico nel panorama veneto e italiano.

La filosofia su cui si regge il Progetto Giobbe è che il percorso del malato oncologico va continuamente potenziato integrando assistenza sanitaria, servizi sul territorio e volontariato. In questo contesto l'assistenza domiciliare diventa fondamentale, per permettere alla persona colpita dalla malattia di trascorrere più tempo possibile nella propria casa, circondato dalle cure e dalle attenzioni dei suoi cari; allo stesso modo in ottica di far sentire il paziente seguito a 360° un obiettivo importante è l'incremento delle cure palliative, quando la persona malata si trova nella condizione di non guaribilità. Con la collaborazione del Ceref (Centro Ricerca e Formazione) sono stati definiti i Pdta, percorsi diagnostici terapeutici assistenziali.

Il Piano assistenziale del malato con tumore non guaribile candidato a cure palliative è il documento locale che, tenuto conto delle linee-guida e delle risorse disponibili, descrive il miglior percorso praticabile all'interno dell'organizzazione aziendale per i malati dell'Ulss 4 che si trovano in queste condizioni. Il percorso è il risultato della responsabilità condivisa tra medici di medicina generale, i diversi professionisti e tra unità organizzative dell'Ospedale e del Distretto e risponde all'esigenza di integrazione tra professionalità diverse, per realizzare il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti e per il miglior uso della rete dei servizi.

Nella realtà dell'Ulss 4 il Ncp, Nucleo cure palliative, opera nell'ambito del dipartimento di cure primarie ed è composto da medici palliativisti, psicologi, infermieri, con l'apporto dell'assistente sociale. Il personale è messo a disposizione da:

o Cure primarie: due medici palliativisti, un'infermiera, assistente sociale  
o Oncologia medica: un coordinatore infermieristico;  
o Anestesia e rianimazione: un medico per la terapia del dolore  
o Olosmed, nell'ambito di una convenzione fra pubblico e privato, con l'Ulss 4 mette a disposizione: un medico oncologo-palliativista, due infermiere, una psicologa, un operatore per lo sportello oncologico e l'ambulatorio di cure palliative.

Fanno parte funzionalmente del Ncp, oltre agli operatori dell'ambulatorio di Cure palliative, anche i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale, gli operatori delle unità ospedaliere e delle cure primarie coinvolti nella gestione dei malati in cure palliative.

Le sedi di attività del Ncp sono, oltre all'ambulatorio di cure palliative, l'ospedale di comunità, il domicilio del malato, il reparto di degenza.

Ed ecco i referenti della rete: Unità Organizzativa di Cure Primarie dr.ssa P. Cassiano; Nucleo Cure Palliative dr. F. Figoli; Unità Organizzativa di Oncologia dr. F. Bassan;

Dipartimento di Medicina dr. G. Battaglia; Unità Organizzativa di Chirurgia dr. M. Rebonato; Servizio Epidemiologico dr. M. Saugo

Gli obiettivi per il 2011 sono:

o Continuità assistenziale con reperibilità di infermiere e medico palliativista per 7 giorni la settimana 34 ore su 24.

o Estensione dei Pdta ai malati non oncologici, particolarmente con insufficienza cardiaca, insufficienza renale, Bpco, malattie del motoneurone, morbo di Parkinson, di Huntington, di Alzheimer, Hiv-Aids.

o Promozione dell'ambulatorio cure palliative quale luogo per la promozione culturale delle cure palliative e formazione specialistica.

## **Il Piccolo di Trieste**

### **Ringraziamenti**

Pochi giorni fa sono rinato e con me la mia famiglia: sono stato dimesso dal reparto di Chirurgia Generale dell'ospedale di Cattinara dove sono rimasto quasi un mese a causa di due operazioni susseguitesesi a distanza di una settimana.

Oggi io e tutta la mia famiglia vogliamo ringraziare tutti i medici, i paramedici e gli os del reparto di chirurgia generale eccelsamente diretto dal prof. Nicolò de Manzini.

Un grazie dal profondo del mio (nostro) cuore va però al dott. Ugo Ginanneschi, per la sua altissima professionalità e per la sua immensa umanità e pazienza. Solo la sua costante presenza, protrattasi sempre e lungamente al di là dei suoi già intensi orari di lavoro e la sua smisurata disponibilità mi hanno ridato fiducia e forza. Voglio inoltre rivolgere un particolare ringraziamento al dott. Biagio Casagrande che pure mi ha assistito molto non solo nel fisico e ma anche dal punto di vista psicologico ed umano.

Non può tacersi inoltre la nostra riconoscenza più profonda ad altri medici di Cattinara: la dott.ssa Marzia Umari del reparto di Anestesia e Rianimazione, la dott.ssa Michela Gregorutti del Pronto Soccorso ed il dott. Darno Cosulich del reparto di Chirurgia Vascolare.

Un ultimo e personale ringraziamento, infine, va al sig. Franco del reparto di Chirurgia Generale per il suo aiuto ed i sorrisi che ha saputo regalarmi nei momenti in cui tutto poteva sembrare perduto