



# **RASSEGNA STAMPA**

**18/01/11**

## Il dottore risponde



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

# Per un'anestesia senza paura

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

### Nelle mani di esperti

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

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

### Regole preziose da osservare

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

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

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



## Quotidiano Sanità

### Piemonte: semaforo verde alla Rete di emergenza coronarica

Nel caso di sospetto infarto, il medico del 118 potrà eseguire un elettrocardiogramma (ECG) direttamente a casa del paziente o sull'ambulanza. L'ECG, insieme ad altri dati clinici, verrà poi trasmesso alle unità di terapia intensiva coronarica (UTIC) di riferimento territoriale. La conferma diagnostica attiverà immediatamente la prima terapia farmacologica già a bordo del mezzo e, secondo le indicazioni di un protocollo operativo concordato fra gli operatori del 118 e i cardiologi ospedalieri, verrà definita la destinazione del paziente per il trattamento più efficace.

“Un progetto molto importante – ha commentato l'assessore alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte, Caterina Ferrero - perché permette una fattiva integrazione tra il lavoro dei medici del 118, di quelli del Pronto Soccorso e dei cardiologi ospedalieri. La tempestività con cui si interviene è fondamentale. Nel trattamento dell'infarto miocardico acuto, la qualità della risposta assistenziale nelle prime ore ha un ruolo determinante per la sopravvivenza del paziente”.

Secondo l'ultimo rilevamento pervenuto, gli infarti miocardici acuti detti STEMI in Piemonte sono oltre 4.200, di cui il 65.8 per cento colpisce gli uomini in età media di 69 anni. Di questi casi, circa il 30 per cento arriva in ospedale tramite chiamata al 118, il 51.6 per cento per accesso diretto, circa il 20 per cento tramite altro accesso, ovvero tramite trasferimento o inviati dal medico curante. Inoltre, il 57.7 per cento dei casi ha ricevuto un intervento di angioplastica durante il ricovero. L'8.5 per cento rappresenta il dato di mortalità intraospedaliera.

“L'organizzazione sanitaria – ha aggiunto Ferrero - tende sempre più verso un modello di assistenza attento all'equità di accesso, all'appropriatezza degli interventi e alla razionalizzazione delle risorse. In questa direzione, la realizzazione di una rete integrata territorio-ospedale permette di ridurre i tempi di trattamento e di avviare il paziente al centro ospedaliero in grado di offrire rapidamente il trattamento più appropriato”.

Le tappe fondamentali di realizzazione della rete sono state due: la costituzione di una commissione tecnica multidisciplinare e, in seguito, l'acquisizione della strumentazione tecnologica di supporto della rete. La prima fase sperimentale è poi partita presso il quadrante di Cuneo.

Successivamente sono state dotate delle attrezzature per la trasmissione dell'ECG le altre Centrali Operative del 118 della regione, il relativo parco ambulanze e i cinque elicotteri dell'elisoccorso. Infine, le apparecchiature sono state installate presso tutte le Cardiologie della Regione. In parallelo sono state individuate le unità territoriali di terapia intensiva coronarica (UTIC) con laboratori di emodinamica con determinati requisiti strutturali e organizzativi, ovvero i quindici Centri Hub della rete. In seguito è stato definito un protocollo operativo della rete concordato con gli operatori interessati e sono stati svolti i corsi di formazione per gli operatori del 118 e delle Cardiologie.

## Il Mattino

### Un'emergenza senza precedenti

Centoquarantasette barelle, ovvero il massimo storico raggiunto dal Cardarelli. Un record conseguito nei giorni scorsi e che tende a essere superato a breve. Vale a dire quando - tra non più di un paio di settimane - si toccherà il picco dell'epidemia influenzale. Nel nosocomio più grande del Mezzogiorno l'allarme, dunque, è altissimo. Tant'è che ieri sera lo stato maggiore dell'ospedale - dal direttore generale Rocco Granata al direttore di presidio Franco Paradiso, al responsabile del dipartimento emergenza Antonio Balzano - era al pronto soccorso per trovare soluzioni finalizzate a trovare più dignitosa collocazione dei pazienti su lettiga, anche in «reparti affini» o a bassa assistenza. Ne parla lo stesso direttore Granata. «L'emergenza è senza precedenti. Siamo al collasso. Abbiamo chiesto anche ad altri ospedali di accogliere parte dei pazienti in barella. Ma al momento non abbiamo avuto grandi riscontri. Nè possiamo mettere un cartello con la scritta tutto esaurito. Il nostro ospedale non ha mai mandato indietro nessuno». E rilancia di dottor Balzano. «L'emergenza tenderà addirittura ad aumentare. Il picco dell'influenza è atteso, infatti, per i prossimi giorni. Intanto siamo allo stremo delle nostre forze». Il Cardarelli, insomma, sostengono i vertici del nosocomio più grande del Mezzogiorno «continua a svolgere il suo ruolo in un momenti in cui non ci sono più soldi nella sanità». «Chiediamo soltanto che anche gli altri facciano la loro parte insieme con noi» invoca Balzano che sottolinea ancora una volta l'assenza di pronto soccorso ai policlinici e ospedali come il Monaldi. Ma l'emergenza non riguarda soltanto il Cardarelli. Franco Verde, responsabile dell'Anaa, il sindacato dei medici ospedalieri, spiega: «Alle 140 barelle al giorno del Cardarelli va sommata la quarantina di lettighe del San Paolo, le circa trenta del San Giovanni Bosco. E poi le quaranta barelle che quotidianamente vengono occupate al Vecchio Pellegrini e al Loreto Mare». «È venuto a mancare il territorio: tutta la medicina di base, la specialistica non regge più, ormai. A questo punto - continua Verde - mi rivolgo a Caldoro affinché risistemi la rete dei cinque grandi poli emergenza territoriali. Vale a dire Cardarelli, San Paolo, Loreto mare, Vecchio Pellegrini e San Giovanni Bosco che vanno rafforzati con personale medico e infermieristico preso da altre strutture».

Secondo il rappresentante dell'Anaa Assomed l'emergenza barelle di quest'inverno è la più grave in assoluto vissuta dagli ospedali cittadini. «Questa condizione è ovviamente legata al piano di rientro. Tutti ricorrono all'ospedale perché non possono permettersi le spese sanitarie» conclude Verde.

## Sanità News

### Ancora lontana l'intesa fra le Regioni

La maggior parte delle Regioni, e non solo del Sud, hanno dichiarato che sarà quasi impossibile raggiungere un'intesa sulla proposta di riparto 2011. Le Regioni hanno anche chiesto un tavolo tecnico al Ministro della Salute per individuare i costi legati alla mobilità extraregionale del 2010 "al netto delle inappropriately e dei comportamenti opportunistici" e per stabilire criteri condivisi per il "governo programmato dei volumi e delle tipologie delle prestazioni complementari" che le stesse regioni possono fornire. Il loro timore è di non riuscire a governare in modo efficiente la spesa.

La contestazione riguarda il modo in cui sono addebitati, alle singole autonomie, i costi delle prestazioni erogate in mobilità extraregionale, violando, si sottolinea, il principio federalista della "perequazione orizzontale".

"Non è accettabile - scrivono al ministro - vedersi attribuire costi per la mobilità extraregionale" dato che le prestazioni erogate, "per una quota rilevante non corrispondono al fabbisogno reale". Si tratta inoltre di prestazioni non "contrattualizzate ex ante nè per tipologia nè per volumi" così come prevede la normativa e l'assenza di un contratto non consente "una regressione" delle tariffe. "Non potendo" dunque fare un valutazione di qualità e di appropriatezza delle prestazioni, come avviene sul proprio territorio, sottolineano "una regione è costretta a sopportare costi normalmente non riconosciuti ai propri erogatori. Infine, la quota di inappropriately attribuibile a comportamenti opportunistici di erogatori di altre regioni inoltre finisce per pesare sulla valutazione complessiva delle proprie performance" in sede di valutazione, da parte del ministero, dei livelli essenziali di assistenza. La prossima settimana gli assessori si riuniranno ancora per formalizzare una loro proposta che sarà trasferita ai presidenti per il confronto con il Governo.

## Il Resto del Carlino Ravenna

### Paziente morì dopo un intervento, anestesisti a processo

DUE MEDICI anestesisti della clinica Villa Maria Cecilia di Cotignola sono stati rinviati a giudizio ieri mattina dal gip Anna Mori per omicidio colposo in relazione alla morte di una paziente 56enne lughese, Maria Elide Sartini, avvenuta il 23 settembre 2007. Il processo inizierà davanti al giudice monocratico del tribunale di Lugo a fine novembre. Il rinvio a giudizio è diretta conseguenza dell'accoglimento, a suo tempo, da parte dell'allora gip Cecilia Calandra, della opposizione all'archiviazione avanzata dal pm e della contestuale decisione di imporre l'imputazione coatta per i due anestesisti. La posizione del medico chirurgo, terzo indagato, fu invece stralciata. I due imputati sono assistiti dagli avvocati Ermanno Cicognani, Volpe e Martinelli. La paziente venne ricoverata alla clinica Villa Maria Cecilia agli inizi di settembre del 2007 per un intervento di rimozione parziale dell'esofago (esofagectomia subtotale) con conseguente ricostruzione (esofagogastroplastica). L'intervento venne eseguito da due medici chirurghi il 6 settembre; nei giorni successivi, ovvero il 9 e il 14 settembre, a causa di complicazioni insorte, furono necessari ulteriori interventi chirurgici. Le condizioni della paziente, comunque, si andarono sempre più aggravando e il 23 settembre la lughese morì a seguito di un arresto cardiocircolatorio secondario a uno shock ipovolemico-settico, cioè a una infezione diffusa. Furono i familiari della Sartini, assistiti dall'avvocato Alice Lusa, a presentare un esposto alla Procura e l'allora pm Silvia Ziniti dispose l'autopsia. A seguito delle conclusioni del consulente medico legale, il pm chiese l'archiviazione per i tre medici indagati, ovvero un medico chirurgo e i due anestesisti. All'archiviazione si oppose l'avvocato Lusa: i consulenti di parte, Paolo Setti Carraro e Luciano Gattinoni avevano evidenziato un nesso causale fra le condotte degli anestesisti e la morte della paziente. Il gip Cecilia Calandra accolse l'opposizione e impose al pm di esercitare l'azione penale nei confronti dei due anestesisti. L'udienza preliminare per il rinvio a giudizio era stata fissata per il 24 marzo 2010 e posticipata a ieri. AI DUE ANESTESISTI si contesta una condotta negligente e priva di perizia sotto quattro aspetti: produzione di una lesione alla trachea nella manovra di intubazione, mancata correzione dell'acidosi metabolica fin dal primo intervento, mancato approntamento di un piano anestesilogico adeguato essendo risultati insufficienti i farmaci anestetici somministrati; mancata correzione dell'anemizzazione e della necrosi epatica insorte a seguito degli interventi chirurgici. c.r.

## Gazzetta del Sud

### Ravvisate troppe carenze igieniche Chiude in anticipo il "Punto nascita" L'ospedale, per ora, resta senza reparto d'ostetricia La decisione non c'entra col Piano di rientro regionale

Mario Morrone

Il "Punto nascita" del locale nosocomio quasi sicuramente avrebbe chiuso lunedì 31 gennaio, giust'appunto per com'era stato disposto dal Commissario ad acta, con proprio decreto del 16 novembre 2010, e invece,

ieri, è arrivata la "doccia fredda" decisa dal commissario straordinario dell'Azienda sanitaria provinciale, Franco Maria De Rose che, con regolare delibera, ha decretato il de profundis del tanto discusso "Punto nascita". Dunque, un'anticipazione di un provvedimento che era nell'aria e che fa parte del "pacchetto" restrittivo Scopelliti che porta il nome di "Piano di rientro". E se per gli altri 4 Punti nascita in discussione: Acri, Melito Porto Salvo, e le strutture private accreditate "Villa Michelino" di Lamezia Terme, e la Casa di cura "Cascini" di Belvedere Marittimo, c'è ancora un sottile filo di speranza, grazie al quale si può ancora attendere, nonostante nessuna deroga è prevista per evitarne la chiusura «per rischio clinico» dei 5 punti nascita, così come individuati dal Piano di rientro, San Giovanni non può più sperare. Il provvedimento del commissario De Rose è arrivato dopo una dettagliata relazione a firma del dottor Tallarico. Proveniente da San Marco Argentano, l'ostetrico-ginecologo Tallarico, secondo quanto appreso da fonti attendibili, avrebbe "segnalato" al commissario De Rose diverse carenze. Tra le quali quelle igienico-strutturali, ma anche mancanza di altri ginecologi, anestesisti e, per di più, l'ospedale fiorentino è privo di un centro trasfusionale. Quello che, però, nella realtà quotidiana sembra più che un paradosso, è quanto emerge dal corpo del provvedimento, secondo cui «le carenze oggi evidenziate sono il frutto di anni d'inadempienze ed incuria nei confronti del presidio ospedaliero di San Giovanni in Fiore, che rendono obbligatoria, nel rispetto delle leggi vigenti, l'immediata chiusura del Punto nascita non essendo ipotizzabile adeguare i requisiti di una struttura che, nel breve, doveva essere disattivata (...)». E questa prima elucubrazione, in verità, pari-pari offende ingenerosamente tutta la dirigenza sanitaria, tecnica e amministrativa del presidio fiorentino, giacché nel corso degli anni le richieste sono state tante, anche corredate da progetti e piani, per rendere la sala parto sempre adeguata ai tempi e in regola con le normative vigenti. Richieste ben documentate e alle quali era stato sempre promesso "un pronto intervento" da tutti i direttori generali che sin qui si sono alternati: sino al 2007 con la direzione strategica di Crotona e dopo quella data, con la trasformazione e riduzione dell'ex Unità sanitarie locali, con Cosenza. In definitiva, il primo Punto parto a cadere sotto la scure del famigerato Piano di rientro è quello di San Giovanni: la cittadina di montagna più popolata d'Europa, a 1049 metri sul livello del mare e circondata dalle montagne della Sila. I cui rigidi inverni qua e sino a 30 anni fa erano vissuti con il cuore in gola, per la distanza della città dagli ospedali di Crotona e Cosenza. E tante puerpere diedero alla luce i propri figli dentro macchine di noleggio o in altri modi davvero fortunati. Un ritorno indietro. Già, perché lo scorso 10 gennaio in città c'è stata una grossa manifestazione popolare e all'unisono è stato chiesto che il locale presidio deve avere lo status di ospedale generale e non di montagna. Per di più, era stata chiesta anche una tregua, rimarcata dal deputato Laratta, per sospendere la chiusura del Punto nascita di almeno un anno. Adesso, dopo il provvedimento di ieri, si auspica che questo presidio non perda altri "pezzi".

## **La Sicilia**

### **Università, master di medicina subacquea**

Venti medici neolaureati potranno partecipare ad un master di secondo livello in medicina subacquea ed iperbarica. La conferma arriva dal protocollo d'intesa firmato dal presidente del Consorzio Universitario Trapanese Antonio D'Alì ed il presidente della Società Mediterranea di Medicina dello Sport Francesco Paolo Sieli. Il master prevede delle lezioni teoriche che si svolgeranno nelle aule del Consorzio. Ma ci sarà spazio anche per le immersioni nello specchio di mare antistante il Villino Nasi. Un altro segmento del master è invece riservato alla camera iperbarica, con attività ed approfondimenti sia in quella di Favignana che all'ospedale Civico di Palermo. L'accordo tra l'Università trapanese e la Società Mediterranea di Medicina dello Sport non si ferma al master di secondo livello. E' un'intesa che intende ampliare il campo della collaborazione in altre attività formative. Ha una validità di cinque anni e di conseguenza apre le porte ad una programmazione delle iniziative. Il Consorzio è pronto a mettere a disposizione del progetto i suoi locali ed il personale per la gestione della segreteria didattica dei corsi. Toccherà al Consorzio anche il «governo» dei finanziamenti ottenuti in relazione alle specifiche attività che verranno organizzate in collaborazione con la Società Mediterranea di Medicina dello Sport, che avrà invece il compito d'individuare i docenti ed i discenti. Si farà, inoltre, carico dell'organizzazione delle attività formative gestite in collaborazione con il Consorzio.

Il protocollo d'intesa che porta la firma del senatore D'Alì e del dottor Sieli è un nuovo tassello della strategia del vertice dell'Università trapanese che punta ad un collegamento sempre più diretto e concreto con il territorio. La medicina subacquea ed iperbarica è un campo d'azione che interessa direttamente buona parte del territorio provinciale. Le sue tecniche sono fondamentali per intervenire con urgenza in casi che possono mettere a rischio la vita. L'utilizzo della camera iperbarica ne è un esempio concreto.

## L'Unione Sarda

### I morti in Puglia e a Trieste. Segnalati altri casi gravi

#### Influenza A, ieri tre vittime Allarme Oms: bisogna vaccinarsi

**BARI** Sale a nove il numero totale delle vittime per influenza A in Italia: solo ieri se ne sono contate tre, due in Puglia ed una a Trieste. E salgono anche i casi con complicanze serie. In Emilia Romagna ne sono stati registrati 27. Ma l'influenza A, in questa seconda stagione dopo quella dell'anno scorso, non desta preoccupazioni particolari fra la popolazione, almeno a vedere dalla bassa propensione a vaccinarsi. **Un comportamento che invece «preoccupa» il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) Margaret Chan: la poca fiducia del pubblico nella sicurezza dei vaccini, in particolare proprio dopo la pandemia di influenza del 2009.**

«Nell'emisfero settentrionale, alcuni Paesi stanno registrando casi severi di H1N1, in una popolazione relativamente giovane. In alcuni casi, convincere il pubblico a farsi vaccinare è diventato ancora più problematico che durante la pandemia», ha detto Chan nel suo discorso di apertura della riunione annuale del Consiglio di esecutivo dell'Oms, ieri a Ginevra. Per il capo dell'Oms «il problema della sfiducia pubblica va ben oltre vaccini antinfluenzali».

Le vittime di ieri, comunque, erano affetti da patologie pregresse. In Puglia, le vittime sono una donna e un uomo, entrambi di 62 anni. La donna triestina, aveva invece 67 anni. Ma ci sono altri casi gravi: uno, ancora in Puglia, riguarda un uomo di 37 anni, di Zapponeta (Foggia), senza patologie pregresse, ricoverato nel reparto di Rianimazione dell'ospedale di Cerignola (Foggia).

## Il Sole 24 Ore

### Nelle facoltà di medicina 11 studenti per ogni docente

di Paolo Del Bufalo

Troppi "prof" e spesso anche poco produttivi nelle facoltà di medicina italiane, dove negli ultimi anni si è passati dalla storica "pletora" di studenti, ormai sulla via del tramonto, a una "neo-pletora" di docenti.

**La media nazionale è di 11 studenti per ogni professore nelle lauree "a numero chiuso" in medicina e chirurgia, odontoiatria e delle 22 professioni sanitarie (infermieri, ostetriche, tecnici sanitari, della riabilitazione e della prevenzione). Ma si va dal minimo di 6,2 studenti per professore alla "Cattolica" di Roma, al massimo di 25,4 a Vercelli-Novara.**

Troppi, se si considera che nelle università più "giovani", nate già in tempi di risparmi e risorse limitate, si registra il numero maggiore di studenti per professore: a Varese, Udine, Foggia, Vercelli-Novara e Campobasso, il rapporto studenti/docenti va da 14,3 a 25,5 rispetto agli 11 per professore della media italiana.

I dati sono stati elaborati dalla Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie e resi noti in un ampio servizio sul numero in distribuzione del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità». Il calcolo è stato effettuato in base alla presenza di studenti e docenti nell'anno accademico 2010-2011 in tutti gli anni di corso delle rispettive lauree (6 per medicina, 5 per odontoiatria e 3 per le professioni sanitarie).

Un altro dato dell'indagine sottolinea il numero spesso eccessivo di professori rispetto agli studenti. Ponendo come "indicatore ottimale" dell'equilibrio docenti/studenti una uguale incidenza percentuale degli uni e degli altri rispetto al totale delle due categorie, in 18 università la differenza è minima (pressoché nulla solo a Parma, Pavia e Roma Tor Vergata), in 12 la percentuale di studenti è superiore a quella di docenti e in 10 la percentuale di docenti è superiore a quella di studenti. Ma si va in quest'ultimo caso dal minimo di Trieste (0,96% di studenti e 1,13% di docenti) al massimo di Roma Cattolica: 3,2% di studenti e 5,9% di docenti, quasi il doppio, a conferma del rapporto molto basso (6,2) tra studenti e professori. Simile la situazione a Catania (6,9), Palermo (7,7), Napoli seconda Università (8,9), Siena (8,4) e Messina (9,1).

Troppi quindi e spesso anche poco produttivi. In cinque atenei la media di pubblicazioni scientifiche registrate in un anno per docente non raggiunge nemmeno quota 2. Anzi, a Campobasso ci si ferma a 0,59 pubblicazioni medie per professore. E che in questo caso siano cifre davvero basse lo dimostrano i numeri di altre facoltà: 112,37 pubblicazioni per docente a Torino, 38,58 a Milano, 32,42 a Palermo. Ma è la qualità delle pubblicazioni a fare la differenza e spesso anche questa è scarsa. Secondo il nuovo indice SCImago (messo a punto dalle università spagnole) che misura il cosiddetto "impact factor" (la qualità, appunto, delle pubblicazioni) si va da un massimo di 1,53 a un minimo di 0,91 con cinque atenei tutti al di sotto di 1. Un risultato "pericoloso": la riforma dell'Università del ministro Gelmini prevede (già da quest'anno) che i fondi agli atenei siano distribuiti in base alle performance che si calcolano proprio con l'impact factor. I prof di medicina sono avvertiti.



## Tribuna di Treviso

### Oggi a Roma vertice tra i manager regionali

#### Sanità: Veneto mediatore con 2 miliardi nel cilindro

FILIPPO TOSATTO

**VENEZIA.** Sul fronte della sanità, si apre una settimana decisiva per la suddivisione delle risorse statali destinate alle Regioni. Oggi si ritrovano al ministero della Salute i venti dirigenti generali: compiranno una verifica tecnica in dettaglio delle cifre, premessa di una mediazione politica che scongiuri la rottura delle trattative. Ad alzare la voce sono soprattutto gli amministratori del Sud - dalla Sicilia all'Abruzzo - che lamentano l'esiguità delle risorse e contestano il capitolo «mobilità». Di che si tratta? Delle prestazioni fornite a pazienti extraregionali: il ministero rimborsa (con pesante ritardo) le Regioni che hanno prestato le cure e decurta della somma corrispondente quelle di provenienza. Il Veneto, ad esempio, ha un saldo attivo di un centinaio di milioni. Complessivamente ciò comporta trasferimenti per 1,4 miliardi da un capo all'altro della Penisola. La Sicilia, la più penalizzata, chiede il congelamento dei pagamenti; il Nord, ovviamente, si oppone a questa ipotesi.

Come uscirne? A coordinare la riunione odierna (che precede quella degli assessori prevista domani e il vertice conclusivo dei governatori con Fazio, convocato giovedì) sarà il segretario della sanità veneta, Domenico Mantoan. Si comincerà con un chiarimento sui dati di partenza - popolazione, numero di anziani, introiti da Irpef e Irap - per superare le divergenze a riguardo. Poi, ascoltati i colleghi, Mantoan avanzerà una proposta che mira a recepire, almeno in parte, le richieste sudiste senza intaccare i budget settentrionali. In che modo? Agendo sull'«accentrata», i 2 miliardi bloccati dal ministero per finanziare progetti futuri e indefiniti. In tempi di vacche magre, l'accesso a queste risorse offrirebbe ai politici un compromesso accettabile. Staremo a vedere.

In ambito locale, è pressoché completato l'arrivo dei piani di rientro dal disavanzo elaborati da Usl e aziende sanitarie. Manca all'appello - ma è segnalato come imminente - il documento finanziario di Venezia, la più indebitata del Veneto. Ma anche ai privati sarà chiesto uno sforzo: oggi la giunta di Palazzo Balbi esaminerà una delibera sui tetti di spesa della medicina convenzionata. In ballo 500 milioni: la percentuale di aumento non dovrà superare l'indice di inflazione.

## Repubblica

### Il presidente della commissione parlamentare sul servizio sanitario: oggi riferirò sull'accaduto

#### Marino: "Come evitare questo disastro? Assistenza domiciliare ed esami più facili"

«Se un'azienda di rilievo nazionale come il Civico non riesce a ricoverare un paziente in un letto, è evidente che ci sono problemi di cui dobbiamo occuparci». Ignazio Marino, chirurgo di vaglia e presidente della commissione parlamentare sul servizio sanitario, che ha chiesto l'istruttoria sul Civico ai carabinieri dei Nas, torna a parlare dei malati sulle sedie al pronto soccorso. E annuncia: «Oggi stesso presenterò in commissione l'istruttoria da me sollecitata».

Senatore Marino, cosa rischia l'ospedale Civico adesso?

«Se dovessimo riscontrare inefficienze e criticità dalla relazione dei Nas, potremmo anche decidere di avviare un'inchiesta parlamentare, con gli stessi poteri della magistratura. Si rischia dal richiamo, alla prescrizione di correttivi, alla chiusura della struttura in caso di responsabilità gravi».

Pensa che abbia influito in qualche modo il taglio dei posti letto voluto dalla riforma della sanità regionale?

«L'idea non deve essere quella dei tagli, ma quella della razionalizzazione. Ci sono reparti in cui i posti letto vengono occupati poco o sono male utilizzati, altri in cui invece sono insufficienti. Sarebbe necessaria una redistribuzione».

Casi come quello della signora Vitale sono il segno del malfunzionamento del sistema?

«Evidentemente sì. In Sicilia l'assessore Russo sta procedendo con una riduzione del numero dei posti letto senza però creare un'alternativa all'ospedale. Il problema, come sottolineato dagli operatori sanitari, è che ai tagli non ha fatto da contraltare l'aumento dei servizi territoriali».

Quali servizi servirebbero a regolare l'affluenza negli ospedali?

«In primo luogo l'assistenza domiciliare e la possibilità di eseguire facilmente gli esami necessari. Se un anziano sa di poter ricevere a casa gratuitamente la visita di un infermiere o eseguire una lastra al torace nell'ambulatorio vicino, preferisce il proprio ambiente domestico alla corsia di un ospedale».

Quanto conta dotarsi dei Pta, presidi territoriali assistiti, non ancora attivi a Palermo?

«Sono strutture importanti, che aiuterebbero a decongestionare il pronto soccorso. Non possono rimanere solo sulla carta. Non si possono ridurre i posti senza contemporaneamente, e non successivamente, aumentare l'offerta territoriale».

**Il Gazzettino Padova****IL CASO In attesa di verificare il conteggio, questo mese gli incentivi non saranno pagati****Sanità, tutti gli aumenti "congelati"**

I sindacati: «Ha sbagliato il dipartimento del Personale». Ulss e Azienda: «Soluzione a breve»

STIPENDI A gennaio nessun aumento, "congelati" gli incentivi

I sindacati sostengono si sia verificato un errore, da parte del dipartimento del Personale, nel calcolo del numero dei beneficiari. I vertici di via Giustiniani e via Scrovegni rigettano l'accusa: piuttosto, i conteggi erano complicati da molteplici variabili (compreso il cosiddetto "assegno riassorbibile"). Qualsiasi sia il motivo a monte, un dato è certo: **in busta paga il 27 gennaio i dipendenti dell'Azienda ospedaliera e dell'Ulss 16, che al primo gennaio 2008 avevano in curriculum un'anzianità di almeno due anni e ai quali sarebbero dovuti andare i benefit economici derivanti dalle progressioni orizzontali, non si troveranno accreditato neppure un euro in più. Nessuno stipendio più "pesante", almeno fino a quando le graduatorie per l'assegnazione degli incentivi non verranno riviste.**

I 2.100 euro medi che spettano a ciascun lavoratore sono stati "congelati" in attesa che i conti tornino e sulla querelle venga fatta definitiva chiarezza. Le amministrazioni dirette da Adriano Cestroni e Fortunato Rao contano di arrivare al più presto alla risoluzione della controversia sui passaggi di carriera (sistema meritocratico con scheda di valutazione caratterizzata da più variabili incrociate), quasi sicuramente però l'incontro con le sigle confederali, calendarizzato per domani, non sortirà l'effetto sperato. Almeno non in tempi così rapidi da potersi tradurre in moneta sonante nello stipendio di gennaio. Gli incentivi potrebbero giungere a febbraio, fors'anche a marzo. Il nodo della questione: le agevolazioni avrebbero dovuto interessare il 75% dei dipendenti dell'Ulss 16 e il 55% dei colleghi in servizio in Azienda ospedaliera (come da accordo sindacale dello scorso marzo), alla fine l'hanno spuntata il 48% della prima e il 36% della seconda. Ovvero al posto di 4.996 tra infermieri, assistenti sociali, amministrativi, collaboratori tecnici, programmatori, il meccanismo incentivante è stato applicato solo a 2.248 operatori nonostante il fondo previsto di 1,5 milioni di euro sia stato rispettato. A conti fatti, si è scoperto che la torta non era così grande da poter garantire, a ciascuno degli aventi diritto, la sua fetta.