



RASSEGNA STAMPA

19/01/11

SANITA': ANESTESISTI, ORGANIZZARSI CONTRO CAOS PRONTO SOCCORSO

Per evitare situazioni di caos nei Pronto soccorso "occorre una diversa organizzazione sul territorio". Lo afferma il presidente dell'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica (Aaroi-Emac) Vincenzo Carpino.

"Il sovraffollamento dei Pronto Soccorso non è una novità - afferma Carpino - è una questione ricorrente che purtroppo si ripropone ogni anno, in particolare nei mesi invernali in cui c'è il picco dell'influenza stagionale. Un problema che potrebbe e dovrebbe essere affrontato con un'adeguata programmazione e riorganizzazione della rete dell'emergenza". Quest'anno però, denuncia, "la situazione è ben più grave perché alla prevedibile maggiore affluenza di utenti si aggiungono gli organici ridotti all'osso per effetto del blocco del turnover e la chiusura di interi reparti in seguito all'applicazione dei piani di rientro di alcune regioni". Ma come è possibile, si chiede Carpino, "lavorare serenamente quando vengono a mancare le risorse umane necessarie" e "come è sostenibile che, in particolare negli ospedali pediatrici, il sabato e la domenica su 100 bambini visitati, 80 sono codici bianchi che si rivolgono al Pronto Soccorso per la chiusura degli studi dei pediatri di base?". E allora, "tornando alla necessità di organizzare e programmare - conclude il presidente Aaroi - sarebbe opportuno che le Regioni e le Asl pensassero ad una rete di ambulatori in grado di alleggerire i settori dell'emergenza anche nei giorni festivi".

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

SANITA': ANESTESISTI SU CAOS PRONTO SOCCORSO, RIORGANIZZARE TERRITORIO

"Contro il sovraffollamento dei pronto soccorso sarebbe opportuno che le Regioni e le Asl pensassero ad una rete di ambulatori in grado di alleggerire i settori dell'emergenza anche nei giorni festivi". A lanciare la proposta e' Vincenzo Carpino, presidente dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica (Aaroi-Emac), che commenta cosi' l'allarme lanciato dagli specialisti dei reparti di medicina di emergenza, che all'Adnkronos Salute hanno fornito un quadro a tinte fosche sullo stato di salute dei pronto soccorso italiani.

"Il sovraffollamento dei pronto soccorso - sottolinea in una nota Carpino - non e' una novità, e' una questione ricorrente che purtroppo si ripropone ogni anno, in particolare nei mesi invernali in cui c'e' il picco dell'influenza stagionale. Un problema che potrebbe e dovrebbe essere affrontato con un'adeguata programmazione e riorganizzazione della rete dell'emergenza. Quest'anno pero' - aggiunge - la situazione e' ben piu' grave perché alla prevedibile maggiore affluenza di utenti si aggiungono: gli organici ridotti all'osso per effetto del blocco del turnover e la chiusura di interi reparti in seguito all'applicazione dei piani di rientro di alcune Regioni".

"Come avevamo previsto e piu' volte denunciato - continua Carpino - si vedono fin da ora gli effetti di certe decisioni che non hanno tenuto conto fino in fondo delle possibili conseguenze. Con il pensionamento di tanti colleghi e la mancanza del necessario ricambio ci troviamo a dover sopportare turni massacranti per far fronte a situazioni di emergenza assolutamente prevedibili".

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

Quotidiano Sanità**Punti nascita: il piano di riordino è in Gazzetta Ufficiale**

Ecco, in dettaglio, le dieci linee di azioni che compongono il piano

1) Misure di politica sanitaria e di accreditamento

Si vuole razionalizzare/ridurre nell'arco di tre anni i punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle U.U.O.O. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali, mettendo a regime, contemporaneamente, il sistema di trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN). Le strutture dovranno essere autorizzate ed accreditate sulla base di standard che vengono individuati. La rete dei servizi territoriali, in particolare i Consultori Familiari adeguatamente supportati nel numero e negli organici, rappresenta il punto nodale per la presa in carico della gravidanza fisiologica. Vengono infine suggerite strategie di incentivazione/disincentivazione economica su soglie di appropriatezza degli interventi e l'implementazione delle misure individuate viene indicata quale obiettivi specifici per la valutazione dei direttori generali, dei direttori di dipartimento e di U.O.C.;

2) Carta dei Servizi per il percorso nascita

Le Aziende sanitarie in cui è attivo un punto nascita, devono sviluppare una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita, in cui, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza siano contenute indicazioni riguardanti le informazioni generali sulla operatività dei servizi contenenti i principali indicatori di esito, sulle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita, sulle modalità per favorire l'umanizzazione del percorso nascita, sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico;

3) Integrazione territorio-ospedale

Si vuole garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti dedicate al tema materno-infantile sulla base della programmazione regionale. Sono previsti percorsi assistenziali differenziati che favoriscano la gestione delle gravidanze fisiologiche presso i consultori e le dimissioni protette delle puerpere e dei neonati;

4) Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS

A breve saranno disponibili le su indicate Linee guida rivolte sia ai professionisti della salute che, in sintesi divulgativa, alle donne;

5) Programma di implementazione delle Linee guida

Attraverso analisi del contesto assistenziale a livello regionale e locale verranno identificate le criticità e le barriere che ostacolano il cambiamento. Verrà promossa la continuità assistenziale e l'integrazione con l'assistenza territoriale.

Viene quindi promosso il ruolo dei vari professionisti nel percorso nascita, anche tramite l'individuazione dei percorsi differenziati per l'assistenza alla gravidanza fisiologica ed a rischio fisiologica. Per favorire l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo verranno sviluppati percorsi clinico-assistenziali aziendali, sulla base delle linee di indirizzo;

6) Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita

Verranno promossi strumenti quali le Raccomandazioni per la prevenzione della mortalità materna, per la prevenzione della mortalità neonatale nonché l'adesione a sistemi di monitoraggio di eventi sentinella/eventi avversi/near miss e relativi Audit;

7) Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto

Vengono promosse procedure assistenziali, farmacologiche e non per il controllo del dolore in corso di travaglio-parto e definiti di protocolli diagnostico terapeutici condivisi per la partoanalgesia, dando assicurazione della erogabilità di tale prestazione con disponibilità/presenza di anestesista sulla base dei volumi di attività del punto nascita;

8) Formazione degli operatori

Nell'ambito dei percorsi di formazione/aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita, con modalità integrate, viene dato particolare peso alla formazione inerente il programma di implementazione delle Linee Guida e all'audit clinico quale strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate;

Con il MIUR si desidera attivare sistemi per la verifica ed adeguamento dei livelli formativi teorico-pratici delle scuole di specializzazione in ginecologia ed ostetricia, nonché in pediatria/neonatologia e del corso di laurea in ostetricia, in linea ed in coerenza con gli standard assistenziali;

Un ruolo non secondario nella formazione degli operatori assume l'effettiva integrazione della funzione universitaria di didattica con gli ospedali di insegnamento nonché la promozione del coinvolgimento delle società scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari;

Nel favorire la diffusione delle procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto viene prevista attività formativa in tema di metodiche farmacologiche e non di controllo del dolore, con carattere di multidisciplinarietà;

Viene infine promosso un percorso strutturato per l'inserimento dei professionisti nuovi assunti, confacente alle caratteristiche dei livelli assistenziali garantiti;

9) Monitoraggio e verifica delle attività

Per tutte le attività previste viene promosso l'utilizzo di sistemi di monitoraggio e valutazione delle attività, capaci di definire le ricadute cliniche e assistenziali delle attività stesse attraverso indicatori misurabili;

10) Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita

Per un adeguato coordinamento delle e verifica delle attività è prevista la costituzione di un Comitato per il Percorso Nascita (Cpn), interistituzionale, con funzione di coordinamento, con il coinvolgimento delle Direzioni Generali del Ministero della salute (Programmazione, Prevenzione, Comunicazione, Ricerca, Sistema Informativo), delle Regioni e Province autonome e di altre istituzioni sanitarie nazionali (Iss, Agenas). Analoga funzione dovrà essere attivata a livello di ogni singola Regione e Provincia Autonoma.

Quotidiano Sanità

Cure palliative: in GU le linee guida Stato-Regioni

Publicato sulla Gazzetta Ufficiale (n. 13 del 18 gennaio 2011) l'accordo siglato in Stato-Regioni lo scorso 16 dicembre contenente le Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore. Obiettivo è garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il Paese. Il modello individuato per raggiungerlo, integrato nel territorio, scompone il livello assistenziale in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l'ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e gli ambulatori dei medici di medicina generale che, in rete, svolgendo la funzione di triage per i centri hub e spoke e riducendo così il ricorso al pronto soccorso per la cura del dolore.

Un modello specifico sarà organizzato per l'ambito pediatrico, con l'organizzazione di centri di riferimento di terapia del dolore pediatrici (hub) per problemi specialistici su macroarea, e l'abilitazione di pediatri ospedalieri e di famiglia (in rete con il centro di riferimento) alla gestione della ampia parte delle situazioni dolorose di più facile trattazione.

Ansa

SANITA': RIANIMAZIONE CHIUSA, MUORE A 50 ANNI DI POLMONITE ASL DI IVREA AVVIA INCHIESTA INTERNA SU DECESSO INSEGNANTE

Morta di polmonite dopo che il ricovero nell'ospedale della sua città non era stato possibile perché il reparto di Rianimazione era chiuso per lavori di ristrutturazione. E' il caso di una cinquantenne insegnante di Ivrea (Torino), Maria Pia Vittonatti, di cui parla oggi il quotidiano La Stampa.

Sulla vicenda e' stata aperta un'inchiesta interna all'azienda ospedaliera mentre, al momento, non ci sono iniziative della Procura poiché i familiari della donna non hanno presentato denuncia.

L'insegnante, che viveva in una frazione della città eporediese, giunse al pronto soccorso di Ivrea in condizioni gravissime, ma, a causa della temporanea chiusura della Rianimazione, dovette essere trasportata all'ospedale di Chivasso, dove morì qualche ora dopo il ricovero. Ma già il giorno prima all'ospedale di Ivrea era stata visitata e dimessa dopo la somministrazione di farmaci antidolorifici. Ed anche su quest'aspetto vuole fare luce l'inchiesta avviata dal commissario dell'Asl To4, Renzo Secreto.

Nel frattempo la Procura di Ivrea sta indagando su un altro presunto caso di malasanità all'ospedale di Ivrea: riguarda un diciassettenne di Settimo Vittone (Torino) morto alla fine dell'ottobre scorso dopo un'operazione a un femore. Anche in quel caso non vi erano posti disponibili nel reparto di Rianimazione.

Quotidiano di Calabria.it

Vibo, rimosso direttore generale dell'Asp, sette indagati

La vicenda parti dalla denuncia dell'ex dg dell'azienda vibonese, Domenico Stalteri, sollevato dall'incarico, secondo le ipotesi investigative in maniera illegittima

18/01/2011 Sette persone risultano indagate dalla procura della repubblica di Vibo Valentia al termine delle indagini preliminari nei confronti di altrettanti dirigenti dell'Asp di Vibo e di esponenti della Giunta regionale, in carica nella scorsa legislatura, tra cui l'ex presidente Agazio Loiero. Gli indagati devono rispondere a vario titolo di falso e abuso d'ufficio.

La vicenda prese avvio su denuncia dell'ex direttore generale dell'azienda vibonese, Domenico Stalteri (in foto), sollevato dall'incarico, secondo le ipotesi investigative dei Carabinieri della stazione di Vibo Valentia, in maniera illegittima.

Gli indagati sono Pietro Schirripa, direttore sanitario ospedaliero, Armando Crupi ex direttore generale e primario del reparto anestesia; Nicola Gradia e Roberto De Vincenzis, componenti dell'ufficio uffici tecnico. Il

pm Fabrizio Garofalo ,contestualmente ,ha disposto lo stralcio per procedere nei confronti dell'ex presidente della Giunta, Agazio Loiero, di Vincenzo Spaziante, ex assessore alla Sanità, e di Andrea Guerzoni direttore generale del dipartimento tutela della salute. Quest'ultimo deve rispondere del reato di abuso d'ufficio; i primi due di falso.

Il Resto del Carlino Rimini

Camera iperbarica sul Titano

Valducci: «Ora la convenzione col Servizio sanitario italiano»

SAN MARINO APRE ALLA DOMUS MEDICA IL CENTRO CHE GUARDA AI PAZIENTI RIMINESI

La moderna camera iperbarica installata nella casa di cura di San Marino

PER CURARSI con l'ausilio della camera iperbarica, non sarà più necessario percorrere la vecchia Romea per arrivare a Ravenna. Sabato a San Marino inaugura alle 15 il nuovo Centro iperbarico della casa di cura privata Domus Medica. Si tratta del primo e unico centro di questo tipo in Repubblica. Il professor Roberto Valducci, amministratore delegato della Domus Medica, non nasconde la soddisfazione per avere completato un'attrezzatura che può ben guardare a un bacino di utenza che potrà comprendere oltre al territorio di San Marino, le provincie di Rimini, Forlì Cesena e Pesaro Urbino solo per cominciare. «Non è stato semplice arrivare a questo importante momento - spiega Valducci -. Ma finalmente ce l'abbiamo fatta. Dopo avere ottenuto tutte le certificazioni e autorizzazioni inaugureremo la camera iperbarica. Sono convinto che potrà essere di grande importanza anche per la riviera. Ora andremo a chiedere il convenzionamento col servizio sanitario nazionale italiano sperando che sia possibile sbrigare le pratiche burocratiche nel minor tempo possibile». Fatta la convenzione, la vicinanza con San Marino potrebbe aiutare tante persone. La camera iperbarica, infatti, non è di aiuto solo per contrastare gli effetti delle embolie. L'utilizzo che se ne può fare permette di intervenire in molte malattie e patologie. L'ossigenoterapia iperbarica diventa terapia insostituibile in alcune malattie, quali la gangrena gassosa, l'intossicazione da monossido di carbonio, l'embolia gassosa, la patologia da decompressione e le intossicazioni da funghi. Diventa, poi, terapia di supporto in altre patologie e trova applicazione in altrettante forme cliniche. Con l'ossigenoterapia iperbarica si trattano anche le lesioni sportive, ulcere diabetiche e vascolari, lesioni da decubito, osteomieliti e i ritardi di consolidamento delle fratture ossee. Per l'inaugurazione è atteso il vescovo, monsignor Luigi Negri, che taglierà il nastro alla presenza del segretario di Stato alla Sanità Claudio Podeschi. All'inaugurazione ospite d'onore sarà Valerio Massimo Manfredi, celebre scrittore e conoscitore della medicina storica. Andrea Oliva

BresciaOggi

Monossido di carbonio: l'Asl lancia la campagna sicurezza

I cittadini extracomunitari sono la categoria più a rischio ma negli ultimi 4 anni sono aumentati gli italiani intossicati

Informare per prevenire: portare a conoscenza dei rischi che comporta l'intossicazione da monossido per limitare la quota di rischio in un periodo dell'anno in cui le intossicazioni inevitabilmente crescono.

L'Asl di Brescia ha dato il via ad un progetto di prevenzione cui ha contribuito con un finanziamento l'amministrazione provinciale: è stato creato un opuscolo informativo tradotto in 8 lingue (italiano, francese, inglese, swahili, urdu, cinese, hindi e arabo) e stampato in 16 mila copie. Il contenuto è stato condiviso con il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco e con il Comune di Brescia. Il progetto si è basato sui risultati di uno studio realizzato dall'ASL in collaborazione con l'Istituto Clinico Città di Brescia, finalizzato a conoscere la casistica dei pazienti sottoposti a terapie urgenti presso il Servizio di Ossigenoterapia iperbarica dell'Istituto. Lo studio ha indagato il numero degli eventi, il periodo in cui si concentrano casi di intossicazione, le cause dell'intossicazione, informazioni sui soggetti (nazionalità, sesso, zona di residenza) accolti nel Servizio di ossigenoterapia iperbarica nel periodo gennaio 2006 - dicembre 2009.

Nel quadriennio 2006/2009 si sono verificati 86 eventi di intossicazione da monossido che hanno portato al trattamento di 133 pazienti; gli eventi di intossicazione hanno coinvolto in 48 casi (55.8%) soggetti immigrati, per un totale di 83 pazienti trattati (62.4%) e in 38 casi (44.2%) soggetti italiani, per un totale di 50 pazienti trattati (37.6%). Tuttavia, il numero di stranieri ricoverati per intossicazione nel corso del quadriennio è diminuito, passando da 38 a 18 persone; la nazionalità è prevalentemente pakistana, indiana, marocchina, senegalese. E' aumentato invece il numero di italiani, da 12 nel 2006 a 15 nel 2009. La maggior parte delle intossicazioni è dovuta all'utilizzo di bracieri per il riscaldamento o a stufe e caldaie mal funzionanti.

DALLA RICERCA è emerso che nel territorio delle Direzione Gestionale Distrettuale 5 (Bassa bresciana) e 6 (Garda Garda e Val Sabbia) si sono verificati il maggior numero di eventi di intossicazione e di conseguenza il maggior numero di pazienti trattati proviene dai comuni di queste zone. I casi più numerosi si registrano nei mesi più freddi, tra dicembre e febbraio, anche se si registrano casi anche nei mesi estivi. In futuro si andrà ad analizzare variabili come l'età, le condizioni del luogo di vita, la scolarità e le situazioni di disagio sociale, che possono essere fattori determinanti nel favorire o prevenire una intossicazione da monossido tra i soggetti immigrati, ma anche nella popolazione italiana, in particolare tra gli anziani. L'opuscolo

«Intossicazione da monossido. Prevenzione e consigli» offre quindi alcuni consigli che possono essere fondamentali. Un accorgimento può salvare una vita.

Dica33.it

Nuove norme per curarsi in tutta l'Ue

Il Parlamento europeo è chiamato a dare il via libera alle norme che consentiranno a tutti i cittadini europei di farsi curare in un Paese diverso dal proprio. Attualmente, solo l'1% della spesa sanitaria dell'Ue, pari a circa 10 miliardi di euro, è imputabile a cure mediche oltre frontiera, ma con la nuova direttiva le stime sono di un aumento di non più di 30 milioni di euro. Con le nuove regole i pazienti potranno ottenere cure mediche in un altro paese senza chiedere un'autorizzazione preventiva, se non in caso di cure ospedaliere o di quelle considerate particolarmente costose per le quali l'interessato comunque dovrà ottenere una risposta entro un lasso di tempo ragionevole. In altri casi invece, come, per esempio, una visita specialistica, basterà anticipare le spese che poi verranno rimborsate nel paese di residenza. La normativa, secondo la Commissione europea, non vuole incentivare il turismo sanitario, quanto piuttosto rafforzare il diritto del paziente a farsi curare in strutture che giudica più adeguate al suo caso. Il trattamento sanitario all'estero tuttavia non potrà essere rimborsato se non lo è nel paese di residenza. Inoltre, se il paziente sceglie un paese dove i costi sono più elevati comunque sarà rimborsato in base alle tariffe previste per quella prestazione nel suo paese di origine. Le nuove regole prevedono anche un rinnovato impulso della sanità online ed una maggiore cooperazione tra i diversi sistemi sanitari dei 27 Stati membri, anche se l'uso delle nuove tecnologie resta su base volontaria. Dopo l'approvazione da parte del Parlamento, la direttiva dovrà essere trasposta nell'ordinamento dei singoli Stati membri.

Resto del Carlino Ancona

L'assessore Marcolini: «Dal Governo 80 milioni in meno. Possiamo reggere

di ALFREDO QUARTA ANCONA DIFFICOLTA' crescenti per il bilancio regionale e, adesso, a far tremare i polsi sono i conti della sanità. A tal punto che il rischio a questo punto è che da maggio vengano nuovamente introdotti i ticket sanitari. In queste ore a Roma i tecnici delle Regioni sono al lavoro per arrivare a un'intesa sul riparto dei fondi del settore dopo gli indirizzi ricevuti dal Governo e dal ministero della Salute.

In sostanza la bozza governativa ha confermato la ripartizione dello scorso anno e i punti critici sollevati dalle Regioni sono sostanzialmente due: i tagli che, al contrario di quanto sostenuto dal Governo, sono evidenti e anche molto pesanti, e poi la logica che ha portato alla suddivisione del fondo complessivo. Su quest'ultimo punto la spaccatura è tra le regioni del sud e quelle del centro-nord. «I COLLEGHI del sud spiega l'assessore al Bilancio Pietro Marcolini premono affinché il riparto venga effettuato in base alle difficoltà economiche presenti sul territorio, in base ai livelli di crisi e povertà. Invece fino a oggi il fondo segue la regola demografica, ossia tiene conto dell'anzianità della popolazione che è quella che provoca i costi maggiori in materia sanitaria. Una regola che noi condividiamo tenendo presente anche l'alta percentuale di popolazione anziana presente nelle Marche. Purtroppo ho seri dubbi che si possa arrivare a una sintesi e credo che alla fine si sarà un sostanziale mantenimento delle posizioni fin qui acquisite».

DETTO QUESTO l'assessore mostra segni di evidente preoccupazione quando si tocca il tasto dei tagli. «In base alla bozza ministeriale alle Marche spiega Marcolini spettano 2 miliardi e 718 milioni di euro che di fatto significa un taglio di 80 milioni di euro. E' vero che si tratta della stessa cifra dello scorso anno ma non si tiene conto dell'inflazione e di come alcuni costi siano aumentati. Il problema è tremendamente serio e ci costringerà, se non ci saranno novità positive, a prendere provvedimenti poco piacevoli». E soprattutto pesanti. Perché oltre ad essere a rischio gli investimenti che, ad esempio, potrebbero bloccare la nascita del polo ospedaliero Marche Nord (Pesaro-Fano), così come potrà essere difficile portare avanti l'attività ordinaria nel settore sanitario, c'è anche il rischio che da maggio vengano nuovamente inseriti i ticket sanitari. «Abbiamo la copertura per i primi cinque mesi dell'anno sottolinea l'assessore Marcolini ma dopo, in mancanza di risorse, potremmo essere costretti a reinserire i ticket. Questo vale per tutte le regioni che fino a oggi hanno garantito la gratuità: occorre per l'intero Paese un miliardo di euro». Insomma una prospettiva pesante se la si inserisce nel difficile momento che molte famiglie stanno vivendo a causa della crisi economica. «Domani conclude Marcolini dopo le riunioni tecniche di ieri e oggi, saremo a Roma alla conferenza delle Regioni convocata proprio per discutere dei fondi della sanità. Insieme al governatore Spacca e al collega della sanità Mezzolani cercheremo di trovare un'intesa prima di tutto con le altre Regioni e poi vedremo se ci sarà la possibilità di un incremento del budget da parte del Governo».

Corriere del Veneto

Sanità, si riduce il deficit. Zaia: «Ottimista sui conti»

Oggi in discussione a Roma le tre proposte di riparto 2011: al Veneto almeno 300 milioni

VENEZIA Oggi giornata cruciale per il riparto del Fondo sanitario nazionale 2011. A seconda delle tre proposte formulate ieri a Roma dai segretari di settore delle Regioni, il Veneto rispetto 7 miliardi e 996 milioni

di euro ottenuti in un primo momento nel 2010 (e nel corso dell'anno saliti a 8 miliardi e 241 milioni) o perde fino a 500 milioni ne guadagna oltre 300. Il piano di Sicilia, Campania, Puglia e Calabria prevede di sostituire nella quota ospedaliera gli attuali criteri del riparto (numero di residenti, stranieri ed età degli assistiti) con «deprivazione» (povertà), il che toglierebbe alla nostra regione 350 milioni. Il Piemonte vorrebbe estendere la stessa operazione anche alla quota territoriale, sottraendo 500 milioni a Palazzo Balbi. Il quale rilancia con un progetto che prevede di: creare una commissione per valutare l'impatto dei nuovi parametri; attuare gli effetti della mobilità passiva per il Sud (che ora perde 1,2 miliardi); togliere un miliardo ai 3 che il ministro della Salute Ferruccio Fazio si è tenuto per applicare il piano sanitario nazionale (la famosa «accentrata») e distribuirlo tra tutte le Regioni. Questa proposta, che regalerebbe al Veneto circa 300 milioni di euro, è sostenuta da Liguria, Lombardia, Emilia, Basilicata, Lazio e Abruzzo. Oggi le tre chances saranno discusse dagli assessori alla Sanità, guidati dal veneto Luca Coletto, che commenta: «Sarà dura trovare la quadra fra tre opzioni, ma a noi andrà bene anche se l'accordo salta. Perché allora si applicherà la proposta del ministero, che ci premia (con 362 milioni in più del 2010, ndr)». In effetti anche Luca Zaia, oggi a Roma per prendere i primi accordi con gli altri governatori con cui domani animerà la Conferenza Stato-Regioni, si dice «fiducioso di riuscire a chiudere la trattativa in modo favorevole al Veneto». «Dovremmo riuscire ad avere i soldi che ci spettano assicura il presidente appena ottenuti, li gireremo subito alle aziende sanitarie. Non intendo più procedere con la distribuzione delle risorse a fine anno, assurdità che impedisce la gestione manageriale delle Usl. Il riparto 2011 sarà approvato subito dopo il bilancio, cioè entro marzo». E dopo aver disegnato per mesi scenari apocalittici con presunti buchi di oltre un miliardo di euro, Zaia spalma il suo improvviso ottimismo anche sul disavanzo della sanità: «Riusciremo a chiudere i conti, anzi il deficit di quest'anno dovrebbe essere inferiore a quello 2009 (partito da 110 milioni e poi ridotto a 25, ndr). Sono ragionevolmente ottimista, nell'ultima parte del 2010 abbiamo avuto segnali positivi da parte dei direttori generali, che spero continuino in questo inizio d'anno. Il commissariamento? Bisogna stare attenti, può scattare anche con un solo milione di rosso». Fatto sta che ormai sembra imboccata la strada per scongiurarlo, anche tagliando alle cliniche convenzionate, con cui la giunta è in trattativa per eliminare i 60 milioni di incremento finanziario pagati a parte rispetto al budget di 360 milioni, in cambio dell'adeguamento Istat delle tariffe. Dai piani di rientro appena depositati dalle Usl, infine, per il 2011 si desume un risparmio tra i 70 e i 100 milioni. M. N. M. Ma. Bo.

Il Centro

Il governatore pronto a chiarire: Agenzia sanitaria e ministero ci danno ragione

TAGLI SANITA' Ma la decisione del Consiglio di Stato congela il Piano operativo 2010 e il processo di riordino

FABIO CASMIRRO

PESCARA. E' una sentenza che potrebbe riaprire l'intera partita sul riassetto ospedaliero abruzzese. L'ha pronunciata il Consiglio di Stato sul ricorso presentato dal centrosinistra di Guardiagrele contro la chiusura dell'ospedale Santissima Immacolata, voluta da **Gianni Chiodi** in veste di commissario governativo per la Sanità. Il dispositivo dei giudici amministrativi romani congela il Programma operativo ispirato dalla subcommissaria **Giovanna Baraldi**, ritenendolo inadatto a un ospedale delle zone interne pedemontane con un esteso bacino di utenza. E sollecita a Chiodi una riformulazione della delibera della scorsa estate, che aveva subito scatenato polemiche e ricorsi. Chiodi si dice comunque fiducioso in un ribaltamento del verdetto in sede di merito. «Il Consiglio di Stato aveva già accordato la sospensiva» commenta il governatore-commissario, «ora conferma quell'orientamento».

Decisione attesa?

«In qualche modo, era prevedibile. Il problema è che il Consiglio di Stato parla di presunta insufficienza sul punto di primo intervento dell'ospedale di Guardiagrele e chiede in qualche maniera di assolvere alle emergenze. Invita, nel contempo, l'amministrazione regionale a tenere conto di questa pronuncia».

Il giudice amministrativo si è spinto oltre?

«Non dico questo. Posso solo dire che le questioni inerenti il fabbisogno e la qualità dell'assistenza sono state valutate in termini positivi dall'Agenzia sanitaria nazionale e dal ministero della Salute, ovvero dagli organi che, a maggior titolo, possono fare queste valutazioni».

Cosa accade adesso al Piano operativo 2010?

«Certamente subirà un ritardo nella tabella di marcia che ci eravamo dati. E questo è un fatto. Ma sarà cura dell'Agenzia e del ministero ribadire che l'assolvimento dei diritti sia maggiormente garantito, perché l'orientamento generale sui piccoli ospedali è ovunque quello della riconversione. La stessa cosa sta facendo in Puglia il governatore **Vendola**. E io dico che questo accade per un semplice motivo: i piccoli ospedali non garantiscono il miglior livello di cura. Per questo ritengo singolare che il giudice amministrativo possa, in qualche modo, pur senza muovere rilievi formali o di legittimità, esprimere giudizi che sono regolarmente demandati al ministero e all'Agenzia sanitaria».

Quali saranno i prossimi passi?

«Si tratta di una sentenza interlocutoria. Vuol dire che, in sede di merito, dovremo fare relazioni più esaustive».

C'è il problema delle zone montane, poco o mal servite. Cosa spiega al riguardo?

«Le osservazioni sulle zone montane non si giustificano. Anche la Valle d'Aosta è una regione montana, eppure c'è un solo ospedale».

I ritardi del Piano operativo produrranno una inevitabile rimodulazione finanziaria della manovra sanitaria?

«Non abbiamo operato queste scelte per risparmiare, ma per ottenere miglioramenti qualitativi nell'assistenza. Certo, la chiusura o la riconversione degli ospedali comporta una riduzione di spesa di una ventina di milioni e stiamo valutando con il ministero e l'Agenzia sanitaria come contenere i costi provocati dal ritardo di questo processo di riordino».

Il Sole 24 Ore Roma

Sanità. La regione proroga i contratti

Salvi fino a maggio i medici precari

Via libera della Regione Lazio alla proroga dei contratti precari di medici e sanitari del Lazio. La strenna di fine anno ha scongiurato così il rischio di paralisi dei servizi assistenziali determinato dalla fine di circa oltre 2.500 rapporti in scadenza proprio dal primo gennaio. Per ora l'intesa firmata dall'intersindacale (dirigenza medica e Spta) e dalla Regione stabilisce la proroga di cinque mesi, estensibile a trentasei per i rapporti a tempo determinato. Resta tuttavia ancora con il fiato sospeso la situazione di medici e sanitari con contratto "atipico" (co.co.co. e co.co.pro. soprattutto) per i quali i tempi si sono allungati solo fino al 31 gennaio, un'estensione determinata dalla necessità di non chiudere servizi essenziali a partire da Capodanno. Nel frattempo, le sigle sindacali e la Regione, dovranno confrontarsi al tavolo tecnico per trovare una soluzione. Da parte sua, il presidente Renata Polverini, in qualità di commissario ad acta della Sanità, si è impegnata a cercare l'intesa con il Governo per valutare il graduale superamento del blocco del turn over imposto dal piano di rientro e la fattibilità di un nuovo programma di assunzioni a partire dal 2013. Nell'accordo di fine anno, infatti, vi è la presa d'atto di un quadro regionale che continua a essere critico a livello economico, tuttavia, si rilancia la prospettiva di una deroga al blocco nella misura del 10 per cento, come previsto dalla legge di stabilità per il 2011. Al momento, però non ci sono passi avanti e i sindacati lamentano che dopo l'intesa si rischia di precipitare in una nuova fase di stallo. Se in Regione tutto tace, a muoversi sono però le Asl in questi giorni impegnate a recepire l'accordo del 29 dicembre che, in ogni caso, stringe le maglie per eventuali nuovi contratti a termine, possibili solo «per esigenze urgenti e indifferibili, comunque connotate dal carattere della temporaneità».

Corriere del Mezzogiorno

Regioni, «prova sanità» per il federalismo solidale

Riparto dei finanziamenti, settimana decisiva

EMANUELE IMPERIALI

NAPOLI La partita che si gioca in settimana al tavolo del riparto dei finanziamenti per la sanità nel 2011 è decisiva per garantire un decollo del federalismo fiscale senza scontri all'arma bianca. Se tra oggi e domani non si riuscisse a trovare un'intesa soddisfacente tra le Regioni del Nord, del Centro e del Sud, allora si potrà veramente dire addio a quel federalismo solidale auspicato da tutti ma poi contraddetto troppo spesso nei comportamenti concreti. È sulla salute, infatti, che gli interessi in campo, legittimamente espressi dai cittadini e tutelati dai loro rappresentanti istituzionali, si misurano. E se l'obiettivo massimo è quello di ciascuna Regione di strappare qualche risorsa in più rispetto ad oggi, quello minimale è quanto meno tenere le posizioni, e, se proprio si deve perdere qualcosa, limitarsi a tagliare qualche spreco, che, soprattutto nel Mezzogiorno, non manca. In questo contesto è davvero ardua la quadratura del cerchio, partendo da quanto previsto nel decreto già approvato sui costi standard nella sanità: i calcoli già fatti non servono a definire un livello standard della spesa ma solo a fissare un criterio di riparto del finanziamento totale. È pur vero che i costi standard saranno applicati solo dal 2013, ma sicuramente comporteranno tagli all'attuale budget del Sistema sanitario nazionale, come spiega il professor Vittorio Mapelli, un economista sanitario che collabora con laVoce. info. Il braccio di ferro che le Regioni meridionali stanno facendo con tutte le altre parte da un presupposto assolutamente ragionevole: non si può parlare di costi standard, da un lato, e poi, nel riparto dei fondi, basarsi sul criterio della spesa storica fondato sull'anzianità della popolazione, senza tenere nel debito conto le effettive condizioni di disagio sociale ed economico della popolazione, indubbiamente peggiori nei territori del Sud. In base al parametro dell'età dei cittadini utenti, oggi non più attuale, nel 2010 la Campania ha ricevuto 1.636 euro pro-capite, la Puglia 1.668 e la Liguria, Regione con la più alta incidenza di anziani, 1.861 euro. Come spiega l'economista Giuseppe Pisauro, in uno dei decreti legislativi sul federalismo fiscale messi a punto del Governo è esplicitamente previsto che si individuino un gruppo di tre Regioni di riferimento le migliori perché dotate di adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza sulle quali costruire i

«costi standard» (quasi certamente saranno Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna). Naturalmente i tre standard di virtuosità postulano che le Regioni guida possano esibire orgogliosamente costi medi dettagliati, quali la spesa pro-capite per l'assistenza di base, per la farmaceutica, per i ricoveri, compresi quelli in lungodegenza, nonché un tasso di ospedalizzazione, un costo e una quantità di personale, una presenza di piccoli ospedali, una degenza media pre-operatoria e così via, assolutamente competitivi rispetto a tutte le altre. Nell'insieme si tratta di poco meno di cinquanta indicatori. Anche se ciò rischia di non avere alcun effetto pratico sulla determinazione del livello della spesa sanitaria né sul suo riparto, suddiviso in tre macrolivelli (5% per l'assistenza sanitaria collettiva, 51% per l'assistenza distrettuale, 44% per l'assistenza ospedaliera) così come stabilito dal Patto per la salute. Perché le risorse complessivamente stanziare per la salute dipendono dalle compatibilità di finanza pubblica. Un fatto è certo ed inequivocabile: se, com'è giusto, si accetta il carattere nazionale del servizio sanitario, allora i livelli di finanziamento pro-capite debbono essere uniformi in tutt'Italia. Un esponente governativo da sempre paladino degli interessi del Mezzogiorno, Raffaele Fitto, ministro per le Regioni e per la Coesione Territoriale, non ha dubbi che sarà così. Secondo il ministro, il federalismo fiscale avrà il parere favorevole del Parlamento, in quanto si tratta di una riforma che introdurrà un miglioramento della qualità della spesa pubblica e obbligherà le classi dirigenti a una maggiore responsabilizzazione.

Il Centro

Boom di ricoveri, malati lungo i corridoi

Il manager Zavattaro: «Molti vengono dalle altre province, i posti letto non bastano»

SIPO BEVERELLI

CHIETI. Boom di ricoveri a Colle dell'Ara e tornano le barelle in corsia. Ieri erano una ventina, dopo i 21 ricoveri urgenti di lunedì su 210 accessi in pronto soccorso.

La scorsa settimana nell'ospedale sono stati 118 i ricoveri urgenti, di cui il 32% di pazienti provenienti da altre Asl. La direzione aziendale rompe gli indugi e chiede più posti letto. «Questi ricoveri dimostrano con assoluta evidenza l'appello esercitato dall'ospedale di Chieti», dice il direttore generale **Francesco Zavattaro**, «che suggerisce, a nostro avviso, un ripensamento nella dotazione di posti letto assegnati a quest'azienda e in particolare al Santissima Annunziata».

«Diversamente», continua il manager, «la capacità di attrazione rischia di diventare un boomerang, perché questo presidio si trova oggi ad accogliere una domanda ben superiore a quella calibrata sul territorio di riferimento. Sarebbe un vero peccato limitarne l'attività a causa di un'insufficiente dotazione di posti letto e personale».

Il manager milanese sorvola su altri aspetti, come quelli del potenziamento della medicina sul territorio e della rete di emergenza-urgenza, che pure tanti tecnici del settore continuano a indicare quali elementi indispensabili per decongestionare gli ospedali. Zavattaro si limita alla mobilità attiva sull'ospedale teatino, ossia alla domanda di salute che qui arriva da altre aziende. Dei 28 pazienti ricoverati la scorsa settimana in clinica medica 5 venivano da altre Asl, in divisione cardiologica erano addirittura 4 su 5. «Siamo davanti agli effetti prodotti dall'elevata attrattività esercitata da questa struttura», aggiunge il direttore sanitario aziendale, **Amedeo Budassi**, «che continua a richiamare un elevato numero di pazienti, anche provenienti da altre Asl, non scoraggiati nemmeno dalla difficoltà, in certi periodi dell'anno, a trovare posto».

L'inverno con le sue sindromi influenzali e il riacutizzarsi delle malattie croniche è la cornice dell'ultimo boom di ricoveri, che ha riportato a galla il problema delle barelle in corsia. «Purtroppo, non è una novità per quest'ospedale», continua Budassi, «che in un certo senso si trova nella condizione di far fronte a una domanda superiore alla propria disponibilità di letti. Una richiesta che si concentra qui e non potrebbe essere nemmeno indirizzata negli altri presidi aziendali. Il Policlinico è espressione di una scelta precisa da parte dell'utenza e, secondo una rilevazione di questi giorni, i pochissimi posti disponibili a Lanciano, Ortona, Vasto, Guardiagrele e Atessa non sarebbero stati comunque sufficienti ad accogliere l'elevato numero di richieste».

E' stato, intanto, rinviato l'incontro previsto ieri tra commissione consiliare provinciale e vertici della Asl, che avrebbe dovuto esaminare la situazione della sanità nella provincia.