



RASSEGNA STAMPA

22/01/11

POLEMICA CONTESTATE LE SCELTE DELL'AZIENDA SANITARIA

I medici in guerra con la direzione «Pronti a ricorrere alle vie legali»

SANITA pistoiese mai come adesso nella bufera. A protestare ormai non sono più soltanto i cittadini, alle prese con le liste di attesa e i vari disservizi, ma addirittura i medici dell'ospedale, che denunciano «una gestione dell'azienda arrogante e assolutamente non partecipata con i lavoratori».

Ad argomentare il malumore della categoria sono stati, nel corso di una conferenza stampa, i rappresentanti sindacali Maria Benvenuti e Corrado Catalani (Cgil-medici), Fabio Cricelli, segretario regionale **Aaroi** (il sindacato degli anestesisti), e Fabiano Santoni (del sindacato Fassi - servizi ospedalieri).

«Questa gestione - ha spiegato Benvenuti - ha portato e porta spesso a delle scelte che secondo noi sono estremamente pericolose. Di esempi ce ne sono svariati, gli ultimi sono quelli finiti sui giornali in questi giorni: chiudere una chirurgia che funziona a San Marcello, chiudere una pediatria su Pescia, non potenziare delle strutture come la pneumologia, per esempio, ridurre alcuni letti delle malattie infettive quando di fatto la necessità di controllo delle infezioni ospedaliere è estremamente alta».

Per contestare questa situazione i sindacati dei medici annun-



SCONTRIO I rappresentanti sindacali contestano le scelte della direzione che definiscono pericolose

ciano uno stato di una continua mobilitazione e anche ricorsi legali.

«Faremo sicuramente delle assemblee - ha detto Cricelli -, alcune delle quali sono già in programma per la prossima settimana. Il contenzioso è ampio, ci sono questioni di natura generale, che riguardano l'intera sanità, ci sono poi tutta una serie di problematiche che riguardano fondamentalmente gli aspetti della categoria, con i contenziosi anche di natura economica, che noi abbiamo espresso e che abbiamo cercato di sottoporre più volte all'attenzione dell'azienda e che non hanno trovato soluzione. È evi-

dente che a questo punto, non avendo trovato una soluzione di tipo contrattuale, siamo costretti ad andare per vie giudiziarie e in questi termini noi ci stiamo attrezzando, preparando una serie di ricorsi, con una altissima adesione dei colleghi per quanto riguarda soprattutto la partita dei fondi stipendiali». Sotto accusa anche i tempi del pronto soccorso.

«Sicuramente alla base - riprende Benvenuti - c'è un problema di organizzazione e di percorsi che non funzionano e l'azienda sembra essere abbastanza cieca su questa problematica, nell'incapacità di capire come risolvere i problemi».

Patrizio Ceccarelli



SANITA' INTANTO ANESTETISTI E RIANIMATORI SI DICONO PREOCCUPATI PER LA RIDUZIONE DELLE PIANTE ORGANICHE

E' sempre più intasato il Pronto Soccorso

Varrassi: «Ristrutturiamo la rete delle emergenze»

D'inverno, più che nelle altre stagioni dell'anno, le strutture del Pronto Soccorso si riempiono di utenti ammalati delle tipiche patologie influenzali. Tutto questo è normale, perché le persone sono giustamente preoccupate per la propria salute e percepiscono come urgente la propria condizione di malati.

Sta poi al Pronto Soccorso assegnare il codice di urgenza a seconda dei sintomi rilevati, e purtroppo accade spesso che le sale d'attesa si riempiano di codici bianchi (quelli in cui non c'è nessuna urgenza di intervenire) e che i tempi per ottenere assistenza diventino interminabili, tanto da far aumentare ansia e tensione a livelli parossistici.

E' di ieri un comunicato stampa ufficiale dell'AAROI-EMAC (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica) in cui si esprime preoccupazione per la questione appena descritta, anche e soprattutto in

relazione al continuo ridursi delle piante organiche: "Quest'anno però 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".

Senza contare, poi, che il modello organizzativo "ospedalocentrico" contribuisce ad una decisa lievitazione dei costi che merita ogni attenzione e una decisa rivisitazione. E' per questo, dice Giustino Varrassi, Direttore Generale della ASL di Teramo che "la nostra Azienda ha in animo di ristrutturare la propria rete territoriale delle emergenze, in modo da rendere più agevole l'accesso alle cure da parte dei cittadini e, nel contempo, diminuire i costi. E anche se l'idea di migliorare i servizi riducendone i costi può sembrare un paradosso, io sono certo che si possa fare."



www.ecostampa.it



Corriere della Sera**In Italia mancheranno 20mila medici**

È un'emorragia inesorabile. Se non verrà tamponata porterà in breve al dissanguamento della sanità pubblica in termini di medici. I dirigenti ospedalieri, i primari e gli aiuti per usare termini più masticati dai cittadini, sono in via di estinzione. Uno dei problemi urgenti da risolvere secondo lo schema di Piano sanitario nazionale per il triennio 2011-2013 approvato ieri dal Consiglio dei ministri nella sua forma preliminare. Il documento che indica obiettivi e correttivi è all'inizio del cammino. Dovrà essere votato dal Parlamento. Tra i capitoli nevralgici, le risorse umane. Previsioni nere. La stima è che entro il 2015 diciassettemila medici lasceranno ospedali e strutture territoriali per aver raggiunto l'età della pensione. In parte non verranno rimpiazzati per la crisi economica e i tagli del personale. In parte mancheranno i ricalzi. Dovremo anche noi ricorrere all'assunzione di stranieri come Gran Bretagna e Stati Uniti? La crisi italiana si avvertirà in modo sensibile a partire dal 2012, avvio di un «saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni». La forbice tra chi esce e chi entra tenderà ad allargarsi anche per penuria di nuovi professionisti sfornati dalle scuole di specializzazione. Squilibrio ancora più evidente nelle Regioni in deficit che devono gestire rigidi piani di rientro. I tecnici del ministro della Salute, Ferruccio Fazio, propongono correttivi che consistono nell'aumento di risorse finanziarie per la formazione degli specialisti. Bisognerebbe innalzare il numero dei contratti finanziati dallo Stato. Ora sono 5 mila, insufficienti. L'analisi va nel dettaglio. Dal 2012 al 2014 è prevista una carenza di 18 mila medici che diventeranno 22 mila dal 2014 al 2018. Legato a questo il problema degli specializzandi in medicina veterinaria, odontoiatria, farmacia, biologia, chimica, fisica e psicologia che oggi non ricevono borse di studio. Per la loro formazione viene indicata una copertura per 800-1.000 contratti. Per Stefano Biasioli, segretario della Confedir, la confederazione dei dirigenti in pubblica amministrazione, «lo squilibrio tra necessità e programmazione nelle scuole di specializzazione è un fenomeno già presente che si sta aggravando anche perché il numero di posti nelle scuole non viene adattato alle esigenze di mercato». Alcune specialità sono in uno stato di sofferenza cronica. Anestesia, radiologia, pediatria, nefrologia, geriatria (con la popolazione che invecchia) e tutta la chirurgia. «Si guadagna molto poco agli inizi, si rischia molto. Due ragioni per scegliere altre strade», testimonia le difficoltà dei colleghi il trapiantologo Antonio Pinna. Il Piano sanitario individua altri ingranaggi da cambiare nella sanità. Occorre riqualificare la rete ospedaliera con la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni e la loro trasformazione nei nuovi modelli di offerta territoriali sviluppati dalle Regioni. Va rivista, poi, la rete dei laboratori di analisi, mal distribuiti. Soprattutto in considerazione della sua importanza: il 60-70% delle decisioni cliniche partono da qui. Il Piano si sofferma anche sul tema delle vaccinazioni con particolare attenzione a quella antimorbillo. Margherita De Bac

Corriere della Sera**LA STRETTOIA DEL NUMERO CHIUSO E L'EMORRAGIA DEI NUOVIMEDICI**

Nella sanità aziendalizzata la crisi si chiama manodopera: la carenza è già emergenza per chirurghi, ortopedici, ginecologi pediatri, geriatri, anestesisti e radiologi. Il risultato della programmazione sbagliata e del numero chiuso difeso con una raffica di inaccessibili test mette l'Italia nella condizione di dover importare, presto, nuovi medici. Le opportunità negate ai tanti giovani scartati nelle prove di ammissione delle facoltà diventeranno occasioni di lavoro per altri protagonisti del mercato globale, come già avviene negli Stati Uniti o in Gran Bretagna. Bisogna riflettere sui dati di un allarme che il piano sanitario nazionale mette in evidenza: da quest'anno, fino al 2018, i medici che andranno in pensione saranno il doppio di quelli che verranno assunti. Non solo per effetto dei tagli al personale ospedaliero, ma soprattutto perché i medici sfornati dalle facoltà universitarie non riescono a compensare i posti lasciati vacanti dai colleghi più anziani. A furia di stringere gli accessi per favorire l'assorbimento e la piena occupazione della pletera uscita dagli anni della liberalizzazione post '68, si è creata una strettoia con effetti preoccupanti per il sistema ospedaliero nazionale: senza correttivi, che sono l'ingresso anticipato dei neolaureati nelle corsie ospedaliere e l'allargamento delle maglie d'ingresso alle facoltà, nel 2018 mancheranno più di 20 mila camici bianchi nel nostro sistema sanitario. Con queste cifre finisce per sempre l'anomalia rinfacciata tante volte ai medici italiani. Sono troppi, si diceva; adesso sono troppo pochi. E ne comincia una nuova: quella di un Paese che vede sguarniti i ricambi in alcune delle specialità che hanno fatto la storia della sanità italiana. Qualcuno dovrà presto ridefinire i contorni del mestiere di medico, una professione che burocrazia, contenziosi e stipendi inadeguati, per chi sceglie di lavorare a tempo pieno in un ospedale, stanno rendendo meno appetibile di un tempo. Le cifre snocciate dal piano sanitario sono un avvertimento da non sottovalutare: fare il medico una volta era considerato il più bel mestiere del mondo. È ancora così? Giangiacomo Schiavi

Corriere della Sera

Denunce e stipendi bassi. Fuga dalla chirurgia

Studenti del 6° anno di Medicina che per essere motivati a diventare chirurghi vengono invitati in una sala operatoria virtuale del Policlinico di Milano. È la fine degli anni Novanta e, per la prima volta in Italia, Alberto Peracchia e il suo braccio destro Luigi Bonavina avvertono i segnali di disaffezione al bisturi. Sono trascorsi vent'anni e la crisi di vocazioni è esplosa: su 278 borse di studio annuali in Chirurgia generale una su cinque non viene assegnata per mancanza di candidati. È la stima di Jacques Megevand della Società italiana di Chirurgia: «Il troppo stress e le denunce penali in aumento hanno fatto perdere appeal alla figura del chirurgo dice il medico, docente all'Università di Pavia. Oltretutto gli stipendi sono rimasti al palo. Come si ricorda spesso in corsia la generazione dei nostri maestri, con la paga di un mese, poteva comprarsi la Cinquecento. Noi a malapena uno scooter». Ma non è solo questione di numero di aspiranti. È emblematico il caso dei pediatri. All'Università Statale di Milano le 12 borse di studio vanno a ruba. Peccato, però, che le corsie pediatriche sono sempre più sguarnite: mancano almeno 70 pediatri in Lombardia sui 518 al lavoro. «Bisogna aumentare i contratti di specializzazione», ripete da mesi Gian Filippo Rondanini, primario del reparto Materno infantile dell'ospedale di Vimercate e autore di un sondaggio sui posti scoperti nelle pediatrie lombarde. Non solo: «Turni massacranti, pochi weekend liberi e richieste di risarcimento danni spingono i già pochi neospecializzati a diventare pediatri di famiglia». È racchiusa in questi due estremi l'emergenza medici in Italia. E il risultato è sempre lo stesso: gli ospedali si svuotano. Le avvisaglie ci sono già persino in città come Milano. Le professioni del chirurgo e del pediatra ospedaliero per limitarsi solo ai casi più e c l a t a n t i perdono attrattività. In più c'è da fare tornare i conti tra le aspirazioni dei camici bianchi, il numero di borse di studio da 30 mila euro l'anno ciascuna che possono avere una copertura economica da parte del ministero dell'Istruzione (ancora poche rispetto al fabbisogno) e le richieste di specialisti avanzate dai singoli ospedali. Una sfida complessa che si intreccia con un altro drammatico problema: l'ondata di pensionamenti prevista nei prossimi 20 anni che rischia di spopolare definitivamente le corsie. Di qui l'allarme che trapela dal Piano sanitario per il 2011-2013 approvato ieri dal Consiglio dei ministri: entro il 2015 17 mila medici lasceranno ospedali e strutture territoriali per andare in pensione, nel 2018 saranno 22 mila. Le previsioni della Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri guidata da Amedeo Bianco, sono ancora più fosche. Tra medici di famiglia, ospedalieri, pediatri di libera scelta e professionisti della Guardia medica tra cinque anni ci sarà un saldo negativo di 41 mila camici bianchi: dai 294.971 di oggi ai 253.420 del 2015. Per arrivare ai meno 90 mila del 2030 (205.952). «La sfida principale è riuscire a programmare in modo corretto il numero di ingressi a Medicina e nelle Scuole di specializzazione spiega Amedeo Bianco. Bisogna, poi, guardare al di là dello spirito corporativo per rispondere alle esigenze dei malati che si manifesteranno nei prossimi anni». Così la Lombardia, per esempio, inizia già a correre ai ripari. Nelle linee guida per il 2011, appena varate dalla Giunta, sono stati finanziati 6 milioni di euro per aumentare le borse di studio messe a disposizione dal ministero dell'Istruzione. Oltre ai pediatri, servono rinforzi soprattutto per gli anestesisti, i ginecologi, i nefrologi e i gastroenterologi. Sullo sfondo resta il monito di Luigi Bonavina, oggi alla guida della Chirurgia generale dell'Irccs Policlinico San Donato di Milano, ma sempre dello stesso avviso: «Per tenerli a lavorare in ospedale, e soprattutto farli entrare in sala operatoria, i giovani vanno motivati». Per bloccare l'emorragia in corso è necessario, insomma, anche ridare un nuovo appeal alla figura del medico. Simona Ravizza

Il Sole24Ore

“Brunetta "corregge" la sua riforma: «Relazioni sindacali indietro di un secolo» attaccano i dirigenti del Ssn”

Un provvedimento che «tende a riportare indietro di un secolo le relazioni sindacali per eliminare l'idea stessa di una forma associativa a salvaguardia delle condizioni di lavoro, spogliando di ruolo e di strumenti il sindacato attraverso la modifica non negoziata dei contratti di lavoro in spregio delle leggi dello Stato».

Così l'intersindacato dei medici del Ssn, attacca il testo del Dlgs correttivo al Dlgs 150/2009 (riforma Brunetta) approvato oggi dal Consiglio dei ministri.

E i sindacati minacciano: «Sappiano gli apprendisti stregoni, che stanno recitando il requiem per il sistema sanitario pubblico e nazionale. Ma è forse proprio questo l'obiettivo malcelato dietro alla volontà di trasformare gli ospedali e i servizi territoriali in caserme ed i sindacati in silenti spettatori».

Il Dlgs approvato è motivato nella relazione illustrativa al testo con la necessità di "correggere" il Dlgs 150 e «interviene sulla normativa relativa alle procedure di partecipazione sindacale e sulle competenze della contrattazione collettiva integrativa - si legge nella relazione - oggetto delle modifiche apportate dal Dgs n. 150 del 2009. L'applicazione di tali disposizioni ha determinato una serie di disordini organizzativi nelle amministrazioni pubbliche, dovuti a divergenze interpretative sui criteri di diritto intertemporale, che hanno alimentato un diffuso contenzioso e conflitti fra parti sociali e pubbliche amministrazioni. Si ritiene, quindi, necessario interpretare autenticamente le suddette disposizioni, contenute principalmente nell'articolo 65 del predetto decreto legislativo, chiarendo il significato che ad esse intendeva fornire il legislatore».

Le modifiche riguardano, sempre secondo la relazione, la correzione di un «mero refuso del decreto legislativo 150 del 2009; alla lettera b) in applicazione del principio del "tempus regit actum", stabilisce che per una serie di disposizioni in materia di relazioni collettive, poiché la legge non dispone diversi termini, l'applicazione è immediata, con integrazione dei contratti collettivi vigenti ai sensi e per gli effetti degli artt. 1339 e 1419, secondo comma, codice civile, trattandosi di norme di azione, che attribuiscono poteri alla pubblica amministrazione o che impongono ai medesimi contratti collettivi un contenuto obbligatorio».

Poi «superando un equivoco incorso in sede di prima applicazione del Dlgs. n. 150 del 2009, si chiarisce che l'ultrattività normativa disposta dal primo e quarto comma dell'art. 65, opera solo nei confronti dei contratti integrativi "vigenti" (vale a dire di quelli già sottoscritti al momento dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 150 del 2009) e non nei confronti di quelli successivamente stipulati, per i quali non può che applicarsi il complesso normativo contenuto nel medesimo d.lgs. n. 150 del 2009».

Il terzo comma invece secondo la relazione «chiarisce autenticamente il significato del comma 5 dell'art.65, del d. lgs. n. 150 del 2009. La ratio legis della disposizione in oggetto era collegata all'esigenza di evitare disordini organizzativi e procedurali, per cui si era inteso mantenere transitoriamente in vigore, esclusivamente per i contratti collettivi ancora da stipulare, ma afferenti ad un periodo contrattuale ormai esaurito (2006-2009), il procedimento negoziale regolato nel previgente testo del d.lgs. n. 165 del 2001 (ad esempio con riferimento alla permanenza dei preesistenti comitati di settore, ai tempi di approvazione del contratto collettivo o alle procedure di formazione degli atti di indirizzo)».

Immediata quindi la reazione dei sindacati al Dlgs: «Le Organizzazioni sindacali della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria ed amministrativa del Ssn - hanno scritto nel loro comunicato - denunciano il tentativo in atto di tagliare ulteriormente le loro retribuzioni ed amplificare, se possibile, le plurime vessazioni economiche e professionali previste nei loro confronti dalla **manovra** economica voluta dal Governo il 30 luglio 2010. Oramai appare chiara la volontà di realizzare un progressivo impoverimento delle categorie della dirigenza del Ssn ed attivare un combinato disposto di minore-retribuzione/maggiore-disagio, che non potrà non avere conseguenze sulla quantità e qualità delle prestazioni assistenziali erogate agli utenti e sulla tenuta stessa del sistema. Frustrazione e demotivazione, conseguenti alla riduzione ai minimi storici del trattamento economico, spingeranno un numero crescente di **medici** ed altri **dirigenti**, sempre meno tutelati dal contratto modificato "ope legis", ad abbandonare il servizio, ingrossando la gobba pensionistica e preparando la rottamazione del sistema sanitario impoverito di preziose risorse umane e professionali, non surrogabili nell'immediato per le insufficienze delle politiche formative, a vantaggio del privato e con maggiori costi per lo Stato e i cittadini.

L'attacco frontale ai due fondamentali strumenti che dall'800 regolano i rapporti tra datori di lavoro e lavoratori, Ccnl e sindacato, viene portato avanti da più parti, centrali e periferiche, con l'obiettivo di introdurre libertà gestionali, fino all'arbitrio, e mettere sotto torchio categorie professionali cui è affidata la tutela di un diritto fondamentale, alle quali si prospetta solo l'appiattimento economico».

Corriere del Mezzogiorno Anestesisti, Palese all'attacco

Al Vito Fazzi ed in altri ospedali del Salento c'è il rischio che si possano bloccare gli interventi chirurgici per la carenza di **anestesisti**. Per il manager dell'Asl, Franco Sanapo, la colpa è del blocco del turn over. Ma **Rocco Palese, capogruppo del Pdl alla Regione, dissente**. «E' una bugia. E' proprio una legge della Regione Puglia, la numero 12 del 2010, che recependo le norme nazionali, chiarisce che il blocco del turn over non c'entra niente con situazioni di urgenza e di emergenza per carenze di personale. La legge regionale recita così: "In caso di comprovata necessità e urgenza, accertata l'impossibilità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con il personale in servizio anche attraverso le procedure di mobilità di cui al comma 2, la Giunta regionale autorizza il direttore generale, in deroga al blocco del turn-over di cui al comma 1, a procedere alle assunzioni necessarie» . Conclude: «E' quindi evidente che l'unica colpa in questo caso è della Giunta Regionale che non provvede ad autorizzare in deroga il direttore generale. Cominciamo a temere che Vendola e la sinistra stiano subordinando la salute dei cittadini ai loro interessi politici» .

Il Centro Pochi anestesisti, saltano gli interventi

Ci sono pochi anestesisti e le operazioni ordinarie all'ospedale Renzetti saltano. Circa 140 pazienti sono in attesa da mesi di essere sottoposti ad un intervento programmato. Le operazioni vengono posticipate di mese in mese perché le sedute di chirurgia sono state ridotte di un terzo. È l'ennesima tegola che si abbatte sull'ospedale frentano, già alle prese con reparti al collasso, personale stremato dai doppi turni e lunghe attese per gli esami.

A lanciare l'allarme è il tribunale per i diritti del malato (Tdm): «Riceviamo lamentele di utenti ai quali è stata rinviata un'operazione programmata perché al Renzetti mancano gli **anestesisti**. Le sedute in sala operatoria sono più che dimezzate e non bastano per soddisfare tutte le richieste. Da 16 gli **anestesisti**

sono rimasti in 11 a causa dei pensionamenti», precisano dal Tdm, «e non riescono a coprire tutti i turni nonostante gli straordinari. L'azienda deve procedere a nuove assunzioni». La richiesta del Tdm diventa il grido di allarme e di protesta dei circa 140 pazienti in attesa di essere operati. Che sia l'asportazione della coliciste o un intervento mini invasivo da effettuare in day hospital, la risposta al Renzetti è la stessa: l'intervento deve essere posticipato. «I disagi maggiori ci sono in chirurgia», spiegano dal Tdm, «dove le sedute operatorie sono passate da 8 a settimana (due Casoli e sei a Lanciano ndc), a due. Vengono garantite solo le urgenze e gli interventi oncologici». Anche per l'urologia le sedute sono state ridotte di un terzo: da tre a una. Lo stesso accade in tutte le unità operative che hanno a che fare con la sala operatoria, come ginecologia e ortopedia. E i malati si rivolgono ad altri ospedali o ai privati.

L'ira di De Luca. «E' una situazione vergognosa», commenta il sindaco di Casoli, **Sergio De Luca** (Pd) per descrivere quanto accade al Renzetti, «avevamo denunciato ad agosto, al momento della chiusura del Consalvi, che una delle conseguenze negative della chiusura del day surgery era il collasso delle liste di attesa per gli interventi ordinari a Lanciano e ad Atessa». E sono i numeri a dare ragione al sindaco: nel 2008 a Casoli sono stati effettuati 650 interventi in day surgery, saliti ad 850 nel 2009, un trend in crescita che faceva sì che a Lanciano l'attesa per gli interventi programmati fosse di soli 15 giorni. «E' vergognoso che all'ospedale punto di riferimento del territorio, la direzione aziendale non dia il personale di cui ha bisogno, e non per aumentare le sedute operatorie, ma almeno per mantenerle allo stesso livello». De Luca e il Tdm mettono in evidenza che la riduzione delle sedute operatorie ha effetti negativi anche sui conti, già in rosso, della Asl. Gli utenti che decidono di sottoporsi all'intervento in altri ospedali e in cliniche private aumentano la mobilità passiva, ossia i debiti, dell'azienda.

La Asl. «La situazione migliorerà», assicurano dalla sede Asl, «un anestesista è arrivato e un altro, se la Regione lo permetterà, entrerà in servizio il primo febbraio».

Gazzetta del Sud

Il caso degli anestesisti verrà discusso oggi in consiglio comunale

Quanti sono gli anestesisti all'ospedale "Santa Barbara" di Rogliano? È questo uno degli interrogativi ai quali il consiglio comunale, convocato per oggi (in seduta urgente, straordinaria e aperta alla partecipazione dei rappresentanti locali delle forze politiche), sarà chiamato a rispondere. Il vicesindaco Giovanni Altomare lo anticipa, in una dichiarazione, con l'obiettivo preciso «di sollecitare un'accurata, scrupolosa verifica» su uno degli aspetti «maggiormente tirati in ballo per screditare il presidio ospedaliero». L'amministratore comunale contesta «fermamente» le affermazioni che, a più riprese, sono state propalate dal governatore commissario Giuseppe Scopelliti, «circa l'assegnazione nell'organico medico del nosocomio roglianesi di un numero esorbitante di anestesisti, sei o addirittura nove. A noi, amministrazione comunale di Rogliano, il dato non risulta affatto» sostiene Altomare. E lo fa sulla base degli esiti di un monitoraggio sulle attività ospedaliere locali, operazione che, negli ultimi giorni, si è intensificata in rapporto alle prospettive di dequalificazione e di riconversione «anticipata», sempre più stringenti, segnate dal governatore-commissario e, di conseguenza, dal commissario straordinario dell'azienda ospedaliera di Cosenza (azienda di cui, «fino a prova contraria», il "Santa Barbara" fa parte).

«A noi risulta - puntualizza il vicesindaco - che venne effettuato un concorso per la sostituzione del primario anestesista, in servizio nel nostro nosocomio, andato in pensione. Chiediamo se il professionista subentrato abbia operato al "Santa Barbara" o all'"Annunziata" di Cosenza. Sarebbe veramente singolare il fatto che sia stato espletato un concorso per la copertura del posto a Rogliano per poi impiegare il vincitore dello stesso concorso in altro presidio. Su questo chiediamo la massima chiarezza e ogni verifica possibile. Sul numero degli anestesisti in capo all'ospedale di Rogliano - sottolinea il numero due della compagine amministrativa locale - il dato relativo ad una equipe medica così popolata non trova alcun riscontro nella realtà effettivamente operativa della struttura. Cogliamo, anzi, l'occasione per richiedere, anche in questo caso, una verifica sull'intero organico assegnato a Rogliano. Chiediamo se non risponda a verità il fatto che diversi reparti abbiano operato con organici sottodimensionati. Chiediamo e chiederemo in consiglio da dove nasca la notizia secondo cui questa struttura abbia mai avuto sei o addirittura nove anestesisti».

Libertà

Ripresa più rapida, meno dolore e diminuzione dei rischi nell'intervento

Stretta sinergia con gli anestesisti

L'approccio mini invasivo della metodica a risparmio tissutale ha conseguenze meno gravose nel decorso post-operatorio per i pazienti giovani ma in particolare per il paziente più anziano e con patologie traumatiche. È associato a una riduzione delle perdite ematiche e quindi a un minore stress sull'intero organismo. Altro capitolo importantissimo è quello che riguarda la riduzione del dolore. La tecnica consente di ridurre al minimo la sensazione di sofferenza avvertita dal paziente nella fase post operatoria. In questo modo sono facilitate la mobilitazione e la deambulazione precoci.

La riabilitazione può essere attivata precocemente. "Senza essere eccessivamente aggressiva - spiega il dottor Leddi, direttore di Ortopedia all'ospedale di Castelsangiovanni - consente di alzare in piedi il malato nei giorni immediatamente seguenti l'operazione chirurgica".

La mobilitazione anticipata riduce, per la persona che è stata sottoposta all'intervento di posizionamento di una protesi, il rischio di tromboflebiti e tromboembolie, patologie vascolari frequenti negli interventi chirurgici, in particolare in quelli che richiedono una prolungata immobilizzazione.

"La collaborazione multidisciplinare - aggiunge ancora - permette di individuare l'approccio anestesilogico migliore per il singolo paziente, sempre nell'ottica di ottimizzare i tempi di ripresa post operatoria. L'anestesista opererà in buona parte dei casi per metodiche di **anestesia** loco-regionale oppure per nuove tecniche di **anestesia** generale totalmente endovenosa che consentono risvegli rapidi e un controllo del dolore ottimizzato per il periodo intra e post-operatorio. Fondamentale un corretto e calibrato controllo del dolore nel periodo di immediato post operatorio che consenta una mobilitazione articolare precoce ed efficace".

Di pertinenza anestesilogica è anche la cura di quei pazienti, clinicamente più fragili, che richiedono una particolare attenzione nel post-operatorio; l'ospedale di Castelsangiovanni infatti dispone di un reparto di Terapia intensiva polivalente, gestito dall'equipe anestesilogica del dottor Angelo Benedetti, in grado di far fronte a qualsiasi evenienza terapeutica e necessità di monitoraggio intensivo

Gazzetta del Sud

Influenza H1N1, due morti all'"Annunziata"

L'anno scorso generò il panico tra la popolazione, anche sul nostro territorio, dove i laboratori addetti alla vaccinazione vennero presi letteralmente d'assalto, compreso il pronto soccorso dell'Annunziata. Oggi l'epidemia si manifesta in forma molto più violenta, ma stranamente le infermerie risultano meno affollate.

Stiamo parlando della tanto famigerata influenza suina, nota anche sotto il nome di H1N1. Una formula incomprensibile, ma capace di seminare morte se associata a patologie gravi dell'apparato respiratorio. Un connubio micidiale, esplosivo, a quanto pare, anche nel Cosentino, tanto da farlo rientrare nella triste classifica delle morti da infezione virale.

Ieri, infatti, all'ospedale cittadino sono stati registrati due decessi che potrebbero essere riconducibili al letale morbo. In mattinata è spirato un ragazzo di appena 23 anni, originario di Cleto, nel pomeriggio un 37enne di Acri, entrambi ricoverati al nosocomio bruzio. Il primo era affetto da crisi asmatiche, l'altro accusava sintomi cardiopatici e nel 2006 era stato colto da infarto.

Difficile stabilire esattamente se sia stata quella formuletta dal sapore alchemico a minare i loro corpi, ma è certo che i due soffrissero di altre e ben più serie malattie, e il contatto col virus avrebbe aggravato il quadro clinico, già, comunque, ampiamente compromesso. Il più giovane si trovava nel reparto di Medicina e da qualche giorno mostrava segni di ripresa, salvo aggravarsi fino a chiudere per sempre gli occhi. Il trentasettenne, invece, era arrivato martedì scorso dall'ospedale di Acri, in condizioni disperate. I medici dell'Annunziata avevano deciso di sottoporre tutti e due all'Ecmo, quel macchinario di ultima generazione capace di stimolare cuore e polmoni. Ma l'infezione non gli ha dato scampo, gettando i familiari nello sconforto.

Tre finora i casi di H1N1 registrati nell'hinterland cosentino, due dei quali, purtroppo, dal tragico epilogo. Il terzo paziente affetto da simili patologie è tuttora ricoverato in rianimazione, settore dove finiscono gli ammalati con polmonite bilaterale o difficoltà respiratorie. Ci sarebbe stato anche un quarto caso. Per fortuna il sofferente ha ripreso stabilmente le sue funzioni. L'anno scorso i ricoverati che hanno accusato i sintomi dell'influenza suina sono stati sei, quattro, purtroppo, mortali.

I medici dell'Annunziata invitano comunque alla calma, a non lasciarsi prendere dal panico, in quanto le morti sono sempre legate a sintomatologie pregresse di una certa gravità e mai direttamente collegabili al virus. Nel reparto di Medicina "Valentini", l'ultimo paziente con H1N1 è stato dimesso ieri. Nei giorni di picco i ricoveri hanno raggiunto limiti di guardia.

Pochi i soggetti nei quali il virus è evoluto in broncopolmoniti. In genere, l'80% dei pazienti manifesta virus di tipo "A" (la suina, appunto, ndr). Il restante 20%, invece, il virus viene etichettato di tipo "B". Ad ogni modo, la prognosi è sempre positiva.

Corriere di Siena

Tubi invertiti e ventilatore inadeguato

"E' stato il tecnico Bianchi a scoprire che non funzionava l'impianto dei gas medicali". Dalla testimonianza della caposala della sala angiografica del policlinico delle Scotte, Manola Maffei, arriva la ricostruzione dei passaggi fondamentali che hanno portato la magistratura a indagare sulla morte del pensionato di Sinalunga Alfiero Barbi (avvenuta il 27 febbraio del 2007), fino ad arrivare all'accusa di omicidio colposo per diciotto imputati, fra **anestesisti**, medici, tecnici e amministratori. Secondo la procura il paziente morì durante l'intervento operatorio a causa del malfunzionamento di un respiratore preso in prestito dalla piastra

operatoria in attesa del completamento del corredo strumentale della neonata sala angiografica. Il castello accusatorio punta su alcuni elementi fondamentali: prima di tutto la responsabilità di aver reso funzionale la nuova sala quando ancora il collaudo non era stato completato e la struttura mancava degli strumenti necessari, come il famigerato respiratore che viene utilizzato in emergenza per ventilare il paziente. Altro punto fondamentale, emerso nel corso della fase istruttoria, è l'errore commesso nel montaggio dell'impianto dei gas medicali con l'inversione del tubo dell'ossigeno con quello dell'aria compressa nel tratto finale, in sala operatoria. Terzo elemento: la non compatibilità del respiratore preso in prestito, con le bocchette realizzate nella sala angiografica per cui l'innesto a muro non avrebbe fatto scattare la valvola che permetteva l'accesso alla condotta dell'ossigeno, che in questo caso sarebbe stata quella dell'aria compressa. Quarto elemento: ancor prima di interessare la magistratura sulla morte sospetta, alcuni tecnici della ditta che aveva installato l'impianto invertendo i tubi, avrebbe agito in grande segretezza per ripristinare la situazione corretta approfittando di un mazzo di chiavi della sala angiografica ottenuto di "straforo", quando la direzione sanitaria aveva già imposto la chiusura di tutta la struttura. Una vicenda complessa e una indagine molto articolata che si è arricchita strada facendo di dettagli che hanno messo in evidenza superficialità, mancanze, omissioni, da parte del complesso sanitario. Fra questi anche una certificazione "non appropriata" sulle cause della morte del pensionato di Sinalunga. Ieri il processo è entrato nel vivo. Sono state ascoltati due testimoni dell'accusa che hanno cominciato a delineare la vicenda.