



# **RASSEGNA STAMPA**

**24/01/11**

## Doctor News

### Dirigenza, per i sindacati misure contro categoria

Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) denunciano «il tentativo in atto di tagliare ulteriormente» le loro retribuzioni e «amplificare, se possibile, le plurime vessazioni economiche e professionali previste nei loro confronti dalla manovra economica voluta dal Governo il 30 luglio 2010». È quanto affermano le sigle sindacali in una nota congiunta. I sindacati sottolineano che «appare chiara la volontà di realizzare un progressivo impoverimento delle categorie della dirigenza del Ssn e 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». Secondo i sindacati, infatti, «frustrazione e demotivazione, conseguenti alla riduzione ai minimi storici del trattamento economico, spingeranno un numero crescente di medici ed altri dirigenti ad abbandonare il servizio, ingrossando la gobba pensionistica e preparando la rottamazione del sistema sanitario». Per i sindacati, d'altronde, l'ultimo provvedimento «brunettiano approvato oggi dal Consiglio dei Ministri 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 negoziale dei contratti di lavoro in spregio delle leggi dello Stato».

## Quotidiano Sanità

### Intervista a Nichi Vendola: “Questo federalismo è una schifezza”

"Avevamo una pistola puntata. O dicevamo sì oppure addio ai fondi per i servizi locali. E questa si può chiamare intesa?". Risponde così alla domanda sul federalismo fiscale e i costi standard sanitari il presidente della Regione Puglia, che abbiamo incontrato a Bari alla vigilia delle primarie bolognesi e napoletane. Un Vendola pacato e dalla dialettica articolata come sempre, ma particolarmente duro nei giudizi sull'attuale situazione della sanità. Non solo meridionale. "I piani di rientro cui siamo sottoposti sono una follia. Nell'immediato solo tagli senza riqualificazione e così, a medio termine, la spesa non potrà che riaumentare". E poi il Sud, con i suoi problemi e la voglia di rivincita. "Vogliono far passare l'idea che la nostra sanità sia irrimediabile. In realtà c'è più malasanità al Nord che da noi". E l'asse del Sud di cui si parla, ce la farà a ribaltare quanto sta accadendo sul riparto, a rilanciare gli investimenti e a cambiare questo federalismo? "Se i miei colleghi non dovessero tener conto di tutti questi fattori, non potrei che trarre la conclusione della loro complicità nella più grande rapina che la storia italiana abbia mai visto a danno dei cittadini delle regioni meridionali".

**Presidente Vendola, per molti osservatori, ne ha parlato di recente anche l'ex presidente della Corte Costituzionale Giovanni Maria Flick, la sanità meridionale è oggi la criticità più evidente nel processo, ancora non compiuto, di unità della Nazione. È d'accordo con questa valutazione?** Non c'è dubbio. Le criticità del sistema sanitario del Mezzogiorno sono un indicatore rilevante degli squilibri che rendono ancora inattuata l'unificazione del Paese di cui siamo prossimi a celebrare i 150 anni. Il razionamento delle risorse che registriamo nel circuito del welfare, la scarsa infrastrutturazione sociale e i buchi nei sistemi sanitari in parti rilevanti del Sud Italia, ci dicono che qui c'è un banco di prova della tenuta del Paese. E qual è la risposta prevalente a tutto questo? La criminalizzazione dell'organizzazione sanitaria del meridione.

Il Sud diventa metafora di un racconto caricaturale. Non si vedono le eccellenze che invece ci sono, le innovazioni che si sono realizzate e in questo cono d'ombra veniamo risucchiati. Al contrario, il Nord viene rappresentato secondo gli schemi dell'efficientismo lombardo, con il paradosso che gli episodi più sconcertanti di vera malasanità si registrano proprio al Nord. A partire dallo scandalo della clinica Santa Rita, che rappresenta senza dubbio il più grave episodio di fallimento criminale di un'organizzazione sanitaria italiana. Oppure, passando al piano delle inefficienze e degli sprechi, andiamo a vedere quanto segnalato dagli ispettori del Ministro dell'Economia nel loro sconcertante rapporto sulla gestione del Niguarda, sempre a Milano. Ma, al di là di questi casi specifici, in generale si fa così: a parità di scandalo, lo scandalo al Nord resta confinato nelle pagine della cronaca locale, quello al Sud diventa denuncia urlata dalla stampa nazionale, a riprova del fatto che il Sud e la sua sanità sono irrimediabili. Un luogo comune, certo. Ma anche un'opzione politica maligna, per impedire che le forze riformatrici presenti al Sud proseguano sulla strada del cambiamento.

**D'accordo. È però indubbia l'arretratezza della sanità meridionale e la sua distanza dagli indici di performance del resto del Paese.**

E come potrebbe essere altrimenti quando, da quasi vent'anni, la sanità del Sud è penalizzata in sede di riparto del fondo sanitario nazionale? E questo, eravamo a metà anni '90, avviene da quando è passata la logica delle quote capitarie "pesate" per età che hanno strangolato l'economia delle Asl e degli ospedali meridionali. Una logica ferrea, apparentemente inoppugnabile, e basata sulla tesi che un anziano costi molto di più di un adulto o di un giovane. Peccato che le ricerche epidemiologiche abbiano smentito da tempo

questo assunto. La società e i suoi stili di vita si stanno adeguando in fretta all'invecchiamento della popolazione. Oggi non è l'anziano a costare di più. Sono la povertà e il disagio sociale, a prescindere dalla fasce d'età, a rappresentare la vera emergenza dei costi sanitari.

E allora, prima di parlare di confronti e costi standard, che su queste vecchie basi penalizzeranno sempre il Sud negandogli qualsiasi possibilità di crescita, dobbiamo mettere i sistemi sanitari regionali nelle condizioni di ripartire sullo stesso piano e dagli stessi standard di offerta e di capacità di risposta assistenziale del settentrione, prima di parlare di competizione nell'efficienza e nella qualità. Fino ad oggi, invece, il Nord più dotato e più strutturato, ha sempre avuto di più. Noi, meno dotati e meno strutturati, sempre di meno. E questo ci ha negato la possibilità di poter anche solo aspirare al raggiungimento di livelli di risposta sanitaria paragonabili alle Regioni settentrionali.

**Altra questione. Il ruolo della politica nelle nomine dei dirigenti delle Asl. Lei ha voluto una legge ad hoc per cambiare i criteri di selezione dei manager. E gli altri?**

Lo stesso presidente Fini, in occasione delle ultime elezioni regionali, aveva lanciato proposte interessanti per far sì che la politica definisse dei criteri trasparenti nella selezione dei manager della sanità. C'è stato un bel dibattito, che mi ha ulteriormente convinto sulla necessità di creare un percorso diverso nella nomina dei direttori generali. Ma poi, finite le elezioni, tutto come prima. Lottizzazione politica senza criteri. Quasi ovunque. In Puglia abbiamo provato a mantenere quegli impegni e abbiamo, gli unici, fatto una legge che prevede un percorso preciso di selezione e formazione dei candidati affidato ad esperti esterni, per favorire una valutazione finale basata realmente sul merito e le capacità dei futuri manager. Pensa che ci abbiamo seguito o quantomeno lodato per questo? Al contrario. Il Consiglio dei Ministri non ha trovato di meglio che impugnare la nostra legge davanti alla Consulta e il ministro Fazio, in privato nostro fan, si è presto assimilato al suo Governo nelle critiche, dimostrando di non essere certamente un cuor di leone. E le altre Regioni? Nulla. Questa scelta, in ogni caso, non l'ho fatta in nome di un astratto concetto di estraneazione della politica dalle proprie responsabilità. Ma per mettere i miei manager nella condizione intellettuale e contestuale di poter essere in grado di essere realmente autonomi dalle intromissioni indebite della politica nella gestione delle loro aziende.

**Ma quelle di cui parliamo, si possono realmente definire aziende o siamo di fronte ancora oggi a una mera articolazione funzionale della politica che continua a gestire e controllare tutta la sanità?**

Non c'è dubbio che la sanità sia un magma, dove la cultura del management è una pura evocazione retorica. Detto questo, pensa che la politica sappia come e per cosa si spende nella gestione dei suoi servizi? Ma se non lo sa nemmeno il direttore generale! La sanità è come una matrioska, c'è sempre un livello inferiore, una bambolina più piccola da scoprire all'interno e devi arrivare all'ultima bambolina per capire chi ha fatto cosa, soprattutto dal punto di vista delle dinamiche della spesa. E in questa frantumazione è facile veder navigare i pirati. Il tema generale, il vero obiettivo che ci siamo posti, e di cui la legge per i direttori generali è un tassello ma non certo il tutto, è quello di accorpare (e noi abbiamo ridotto da 12 a 6 le Asl, altro che lottizzazione). Di fare emergere le contraddizioni e le inefficienze. Di controllare e indirizzare la spesa. E tutto questo significa lottare contro incrostazioni di potere ben radicate. Andare contro tutto. Anche e proprio contro la ramificazione della politica all'interno della macchina sanitaria. Per farlo abbiamo puntato alla testa. Ai manager. Mettendo la politica, noi stessi quindi, nella condizione di scegliere tra professionisti selezionati da altri, formati da altri, realmente capaci, domani, di buttare fuori dalle loro stanze e dai loro uffici la politica. Ma tutto questo non si fa in un solo giorno. Mi creda. E occorre anche rivedere la grande questione della domanda di salute. Potremmo dire che la domanda non è più quella di un tempo, parafrasando Simone Signoret. E non possiamo far finta di nulla.

**E voi cosa state facendo in proposito?**

Intanto, al primo posto del nostro Piano sanitario, abbiamo indicato la medicina di genere. Che non è un'opzione ideologica, come pensa qualche cretino, ma è il prendere atto di come, per fare solo un esempio, donne e uomini reagiscano in modo diverso allo stesso farmaco. Questo vuol dire partire dalla domanda. Dalla domanda di salute di oggi e dai bisogni di assistenza di oggi. Domanda e bisogni che mutano e che richiedono approcci e metodi diversi. Per le donne, per l'infanzia, per le fragilità sociali e sanitarie, per gli anziani. In questo processo anche la medicina e la comunità scientifica debbono fare la loro parte. Serve un balzo in avanti, un'apertura della mentalità clinica, ormai troppo chiusa nelle sue specializzazioni che portano spesso a cesure aprioristiche, anche in quei casi dove si manifestano spiragli nuovi, visioni diverse e interessanti per un diverso approccio terapeutico. Prendiamo il caso del professor Paolo Zamboni. Il chirurgo vascolare di Ferrara, ricercatore di fama indiscussa, che sembra aver individuato una via alternativa per la cura della sclerosi multipla partendo da una visione diversa e olistica del malato, cercando di andare oltre i confini di una diagnosi e di una terapia fossilizzate in una specializzazione a senso unico. Mi lascia molto perplesso l'ostracismo della scienza ufficiale su questo caso. Non vorrei che dietro si celino interessi poco trasparenti, farmaceutici o di altra natura. Vorrei invece che la comunità scientifica aprisse un confronto serio, sereno, nel nome di una possibilità di cura potenzialmente importante per moltissime persone. Anche questo vuol dire guardare ai nuovi bisogni, in una chiave diversa, ponendo realmente al centro del

nostro lavoro la persona, nella sua interezza. Con coraggio e capacità di guardare oltre. La medicina deve smettere la sua rappresentazione salvifica-spirituale oggi rappresentata dall'exasperazione specialistica e riapprendere la visione d'insieme della persona e dei suoi bisogni.

**Nuovi bisogni, nuova domanda di salute, investimenti, rilancio. Tutte azioni in avanti. Come si concilia tutto ciò con la logica dei piani di rientro basata essenzialmente sull'obiettivo del pareggio di bilancio?**

I piani di rientro sono una follia. Non solo perché, in nome della razionalizzazione della spesa, producono nell'immediato il taglio dei servizi e il razionamento dei diritti dei cittadini senza alcuna possibilità contestuale di riqualificazione. Ma anche perché, sui tempi medio lunghi, diventano causa di una duplicazione della spesa sanitaria. E questo in un clima di grande ipocrisia, favorito dall'ideologia della sopravvivenza dei conti pubblici che ispira l'ultima versione del tremontismo. Faccio l'esempio del Molise. Dopo il piano di rientro, nel giro di un solo anno, questa Regione ha visto diventare una voragine il suo debito consolidato a causa della moltiplicazione della sua mobilità passiva, con l'implosione dell'emigrazione sanitaria dei suoi cittadini verso altre regioni. Se mi blocchi gli investimenti per l'edilizia sanitaria, se mi blocchi il turn over, il mio sistema entra in corto circuito. Altro che risanamento.

**I piani di rientro, il riparto e in generale le logiche politiche di gestione della sanità regionale si confrontano ora con la sfida del federalismo. Ma il fronte regionale è spaccato. Una frattura insanabile che potrà avere ripercussioni anche a livello nazionale?**

Partiamo dall'intesa Stato-Regioni del 16 dicembre scorso sul federalismo fiscale e i costi standard sanitari. Quell'intesa è stata fatta con la pistola puntata alla tempia. Da una parte l'alternativa del no, che in ogni caso non avrebbe stoppato l'iniziativa governativa. Dall'altra parte dire di sì, per ottenere la restituzione delle risorse scippate dal Governo alle Regioni, a partire da quelle per il trasporto pubblico. Una non partita dove, tra l'altro, abbiamo avuto un Nord con una palese convenienza all'accordo e un Sud sotto il ricatto di una negoziazione continua con il Governo per piani di rientro e quant'altro. A un certo punto sembrava che solo la Puglia si opponesse alla firma dell'intesa.

**E quindi?**

E quindi oggi abbiamo la prospettiva di un qualcosa che chiamiamo federalismo e che in realtà è una schifezza. Dove federalismo diventa il nome presentabile della secessione e di un processo di fuoriuscita dalla solidarietà nazionale. Io non sono contro il federalismo, anzi. Ma ciò di cui stiamo parlando è una sceneggiata. Una cosa, si dice, che fa bene al Nord, fa bene al Sud. Un processo che non penalizza nessuno e fa tutti più ricchi. Ma la presa in giro si smaschera facilmente anche solo riflettendo sulla deroga ottenuta dalle Regioni a statuto speciale. Ma in un assetto federalista non dovremmo essere tutte Regioni a statuto speciale? In realtà ci stanno vendendo qualcosa che, come dice un vecchio detto contadino, ci vogliono far credere sia "tutto prosciutto". Il federalismo sul quale vorrei discutere è ben altro. Un patto che tenga insieme il Paese e non lo divida ulteriormente.

**Eppure un fronte del Sud esiste. E si sta facendo sentire nella battaglia con il Governo sui criteri di riparto del fondo. La contrapposizione si allargherà anche al federalismo?**

È vero. Sul riparto ci stiamo giocando molto, come ho già detto. Ma la partita è più ampia e spero che i miei colleghi non tradiscano i loro territori per ragioni di opportunismo di corto respiro o peggio per sudditanza politica. A loro dico: ma si può partire con una riforma federalista che pone come prima tappa il fisco? E questo dopo anni di politiche demagogiche e scellerate della destra. Con una rappresentazione della fiscalità e della solidarietà fiscale quali esercizi vessatori e paracriminali dello Stato, negandone quindi la loro natura di strumenti fondanti di una comunità sociale democratica e civile. E ancora, ci vogliamo ricordare della progressiva decurtazione dei trasferimenti dal centro al Sud, ormai vicini alla soglia di un misero 35% sul totale dei trasferimenti, quando gli impegni passati parlavano di un obiettivo del 46%? Per non parlare dello scippo costante dei fondi Fas e degli altri fondi europei, che ormai sono usati come cassa per far fronte a qualsiasi cosa tranne che per le esigenze del Sud al quale sono destinati. Ebbene, se i miei colleghi non dovessero tener conto di tutti questi fattori, non potrei che trarre la conclusione della loro complicità nella più grande rapina che la storia italiana abbia mai visto a danno dei cittadini delle regioni meridionali.

## **Quotidiano Sanità**

**Campania: Caldoro, "Asl 1 come un cancro". Ordine dei Medici: "Parole infelici"**

"Pur comprendendo le criticità della sanità campana e la condivisibile politica basata sulla qualità della spesa della giunta regionale, trovo inopportune e infelici le parole del governatore Caldoro quando paragona l'Asl Napoli 1 a un cancro". È quanto afferma il presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli e Provincia Gabriele Peperoni nel commentare il giudizio sull'azienda sanitaria napoletana espresso nei giorni scorsi dal presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro.

Secondo Peperoni, infatti, proprio "in un momento in cui la strategia dei tagli sta diffondendo esasperazioni e inevitabili disservizi, alzare i toni da parte di chi dovrebbe, invece, trovare soluzioni creando un clima

dialogante e non certo di controproducente tensione, non è la strada giusta. La buona politica, quella di cui parla Caldoro, dovrebbe affidarsi con più fiducia ai medici, capendo che tagliare è necessario, ma bisogna farlo con criterio, conoscenza e consapevolezza di dove si va a incidere. La scure sui precari, ad esempio, rischia di portare alla chiusura di alcuni Pronto Soccorso, e il mancato turn-over già incide sulla ipotesi di chiusura del Psaut della Stazione Centrale e di quello di Ponticelli, privando i cittadini di presidi fondamentali per il loro diritto alla salute. L'Ordine dei Medici "non può chiudere gli occhi quando i tagli previsti sono indiscriminati e per nulla lungimiranti" e "se l'Asl Napoli 1 è 'ingovernabile', come sostiene Caldoro, il compito di tutti è quello di lavorare attraverso una sinergia costruttiva, per arrivare alla 'normalità' e a un miglioramento dell'offerta dei servizi".

Secondo Peperoni, insomma, "questo è il tempo delle proposte e non di giudizi che possono negativamente influenzare l'opinione pubblica nei confronti degli operatori sanitari, i quali, nello svolgere il loro lavoro, sono costretti a volte, come più volte da noi denunciato, a difendersi da aggressioni, figlie dell'esasperazione e di un clima avvelenato dai continui attacchi alla sanità campana. Propongo, quindi, di abbassare i toni e aprirsi alla ricerca delle soluzioni come, ad esempio quella di strutturare l'Asl Napoli 1 in due grandi aree operative: una ospedaliera, facente capo a una struttura-guida in attesa dell'Ospedale del Mare, e una territoriale che comprenda i dieci distretti di Napoli. La gestione dello staff di direzione, in questo modo, potrebbe risultare più snella e - conclude Peperoni - sarebbero più controllabili le sacche di inefficienza".

## La Repubblica

**L'Aifa: pochi controlli. L'Istituto superiore di sanità: no, sono sicuri  
"Trasfusioni a rischio" è scontro sugli emoderivati**

ALBERTO CUSTODERO

PRODOTTI derivati dal sangue già in uso in Italia potrebbero non essere sicuri dal punto di vista infettivo? Guido Rasi, direttore generale dell'Aifa, sospetta di sì perché non sono stati fatti tutti i controlli per escludere la presenza di vari virus trasmissibili col sangue, e si prepara a chiedere il sequestro dei lotti a rischio.

Enrico Garaci, presidente dell'Istituto superiore di Sanità (ISS), ritiene che il rischio contagio sia minimo, tanto è vero che ha autorizzato il rilascio dei prodotti in questione. E si oppone al sequestro in quanto il ritiro dei farmaci (essendo la ditta produttrice, la Kedrion, monopolista), provocherebbe un pericolo maggiore: lascerebbe gli ospedali e le farmacie senza quei prodotti necessari a molti pazienti.

Per dirimere questo scontro fra Aifa e ISS, è sceso in campo, come arbitro diciamo così, il ministero della Salute. Che ha chiesto parere al CSS (Consiglio superiore di Sanità, che però è presieduto dallo stesso Garaci), per riuscire a dirimere la questione ed arrivare a una soluzione che non comprometta in alcun modo la salute pubblica.

La vicenda ha inizio quasi casualmente un paio di mesi fa quando la Kedrion Spa (società farmaceutica tra i leader mondiali del settore plasma derivati, nata nel 2001, sede a Barga, Lucca, il 60% è del Gruppo Marcucci, nel restante 40% è presente il fondo di private equity «Investitori associati Sgr»), chiede l'autorizzazione europea alla commercializzazione di alcuni lotti di derivati del sangue. Per farlo, scopre documenti e carte che fino ad allora - non si sa perché - nessuno si era preoccupato di visionare con attenzione. È così che finalmente quel carteggio passa al severo vaglio dell'Aifa, l'ente al quale spetta per legge di dettare le regole che le ditte farmaceutiche devono rispettare per vendere sul mercato i loro prodotti. Ebbene, l'organismo presieduto da Guido Rasi s'accorge che la documentazione presentata dalla Kedrion non è conforme a quanto richiesto dall'Aifa. Ma per capire che cosa ha scatenato questa guerra del sangue, bisogna ricostruire come avviene la lavorazione del sangue per produrre i cosiddetti emoderivati. In sostanza, la procedura funziona così. I Centri regionali sangue raccolgono il sangue dai donatori che inviano alla Kedrion per la trasformazione in emoderivati, i quali vengono poi venduti alle stesse Regioni da cui proveniva il sangue.

Ebbene, l'Aifa che aveva preteso nella AIC (Autorizzazione immissione in commercio) che sui lotti finali di sangue venissero fatte analisi precise e molto sensibili per escludere la presenza di tutta una serie di virus, scopre che Kedrion effettua solo la ricerca del Virus dell'Epatite C e trascura tutti gli altri tra cui HIV e HBV, ma non solo. Quando Rasi si accorge che, nonostante queste gravi inadempienze, l'ISS di Garaci aveva comunque autorizzato il rilascio dei lotti, va su tutte le furie. È a questo punto che scoppia un vero e proprio conflitto istituzionale fra Aifa e ISS.

L'Aifa ritiene di avere il diritto-dovere di chiedere il ritiro di quei lotti. Non sono conformi all'autorizzazione. Il rischio di contagio, seppur minimo (stime dicono che si tratti di un rischio attorno a 0,1-1 per milione di sacche di sangue), non è zero. Opposta la posizione dell'ente presieduto da Garaci. L'ISS afferma - d'accordo con la posizione della Kedrion - che non vi siano rischi reali di contagio anche se vengono utilizzati lotti non conformi alle norme dell'Aifa, considerato che il sangue all'origine è ben controllato anche dal punto di vista infettivo e che la lavorazione per estrarre gli emoderivati, a parer loro, fa calare ulteriormente il rischio di infettare i pazienti a cui vengono somministrati quei prodotti. Poiché la Kedrion ha il monopolio della produzione dei derivati del sangue in Italia, l'ISS invece considera che il vero rischio sia, piuttosto, il ritiro dei lotti in questione perché il Paese rischierebbe di rimanere sprovvisto di quei farmaci

fondamentali per trattare numerose patologie soprattutto legate a stati di immunodepressione. Come si concluderà questa strana guerra del sangue? Cosa deciderà il ministero? Un brutto dilemma al quale non si sarebbe dovuti arrivare.

### **La Repubblica Genova**

**Balma conferma i giudizi negativi sul San Martino e sulle Asl 2 e 3. Ma bocchia anche La Spezia.**

**Salgono le quotazioni dell'Evangelico**

**Sanità il giallo della black list**

Regione e superconsulente in contrasto sulle pagelle a ospedali e Asl

Comincia la settimana più lunga per i direttori generali delle Asl e delle aziende ospedaliere liguri: dalle 9 di stamani in Regione cominciano i faccia a faccia con il superconsulente in materia di conti e bilanci, Renato Balma. La sua black list, che parla di risorse mal utilizzate e riorganizzazioni possibili per abbattere i costi, coincide solo in parte con quella della Regione: conferma il giudizio negativo per Asl 2, Asl 3 e San Martino. Ma aggiunge anche la Asl 5 della Spezia che sembrava la più virtuosa. I direttori generali affilano le armi e preparano le rispettive "difese". Intanto salgono le azioni dell'Evangelico che ha ricevuto l'offerta di gestire anche gli ambulatori della Asl di via Assarotti.

La black list della Regione su Asl e aziende ospedaliere liguri a quanto pare non coincide con l'analisi delle dinamiche economiche messa a punto dal superconsulente Renato Balma che a partire da stamane inizia i faccia a faccia con i direttori generali liguri nella sede della Regione. Secondo le prime indiscrezioni, se l'analisi di Balma (esperto dell'agenzia nazionale della sanità) conferma il voto di insufficienza per le Asl 2 del savonese e 3 del capoluogo ligure, offusca anche il giudizio fortemente positivo che Ars e scuola superiore Sant'Anna hanno dato sulla asl 5 spezzina. Nella gestione della Asl il cui territorio confina con la Toscana, pare che il superconsulente voluto dal presidente Claudio Burlando abbia individuato molti aspetti da mettere a punto per poter ridurre la spesa. E per Balma qualcosa da registrare per risparmiare ci sarebbe anche in casa Ist, vale a dire nell'unica realtà che secondo il sistema di valutazione messo a punto dall'agenzia regionale della sanità con la scuola superiore Sant'Anna di Pisa, ha racimolato l'80 per cento dei parametri sopra al valore standard. Balma parlerà di risorse e di sprechi e di cosa fare per ridurre la spesa. Il primo incontro alle nove del mattino sarà con Mauro Barabino, direttore generale dell'ospedale San Martino. I due, come sempre accade tra chi si occupa di settori specialistici come la sanità, si conoscono da tempo. L'azienda ospedaliera San Martino non è uscita bene dalle valutazioni regionali (la metà dei parametri, il 53 per cento, è sotto i valori dello standard qualitativo) e a quanto pare anche l'analisi di Balma non sarebbe del tutto positiva. Ma nel confronto il direttore Barabino avrebbe alcune frecce al suo arco, come la riorganizzazione e il rinnovo dei dipartimenti che sono di fatto bloccati da un paio di anni, dal momento in cui la Regione ha cominciato a ragionare della "fusione" con Ist per la creazione del grande Irccs emato-oncologico. E poi potrebbe parlare di personale che non ha potuto spostare ma anche di assunzioni che non ha potuto fare, dal momento che le deroghe chieste alla Regione non sempre sono state concesse e che le ultime 40 sono state riconosciute solo negli ultimi giorni dell'anno. Deroghe per le assunzioni e quota dei finanziamenti rispetto alle altre Asl e ospedali non potranno essere gli argomenti adoperati dal direttore generale di Asl 3, Renata Canini: la Asl, bocciata sia dalle valutazioni regionali che da quelle del superesperto, ha ottenuto la quasi totalità delle assunzioni chieste ed essendo la realtà ligure più grande ha anche ottenuto la maggior quantità di finanziamenti. Renata Canini potrebbe essere ascoltata nel pomeriggio o domani. Stamane, dopo San Martino sarà la volta dell'Ist: il direttore generale Gianfranco Ciappina entrerà nella stanza con Balma, il presidente della Regione Claudio Burlando e l'assessore alla Salute Claudio Montaldo. Le valutazioni regionali sono lusinghiere anche per la capacità di attrazione. I parametri economici di Balma indicherebbero invece la necessità di aggiustare il tiro per ridurre i costi. Sempre oggi, dopo l'Ist toccherà all'Evangelico e al suo direttore generale Alessio Parodi: le valutazioni positive della Regione sarebbero confermate. Non a caso proprio qualche giorno fa la Regione ha proposto all'Evangelico di gestire, oltre all'ospedale di Voltri (la concessione sarà firmata entro il 10 febbraio) anche gli ambulatori Asl di via Assarotti. La comunità evangelica e la direzione dell'ospedale stanno valutando come rispondere.

### **Corriere del Veneto**

**Piccoli ospedali chiusi nel weekend diventeranno centri per esami e visite**

VENEZIA Non verrà chiuso nessun ospedale in Veneto. I più piccoli saranno invece riconvertiti in «centri spoke», strutture con bacino di 200 mila abitanti dotate di Pronto soccorso, specialità di base (Chirurgia generale, Medicina interna, Oncologia, Cardiologia con Unità di terapia intensiva coronarica, Ostetricia Ginecologia, Pediatria, Ortopedia, Terapia intensiva, Neurologia, Urologia), servizi di diagnosi e cura (laboratorio, Anatomia patologica, Radiologia, dialisi). Il risparmio dov'è? Fatta eccezione per il Pronto soccorso, sabato e domenica rimarranno chiusi. Lo prevede l'ultima versione solo 31 pagine contro le 95 dello scorso 1 dicembre del piano sociosanitario, che ridisegna la rete ospedaliera su tre livelli. Sul primo

gradino ci sono le due Aziende ospedaliere di Padova e Verona e i nosocomi dei capoluoghi, definiti «centri hub regionali», che devono disporre di specialità di base e medio livello, dell'alta specializzazione ed essere sede della centrale operativa del Suem 118. Al secondo posto gli ospedali provinciali, con specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento, alta specialità sempre per l'area sulla quale insistono ed essere sede di centro trasfusionale. Al terzo posto, come detto, gli ospedali zionali o centri spoke, nei quali potrebbero trasformarsi, per esempio, gli attuali presidi di Asiago, Noventa Vicentina, Vittorio Veneto, Oderzo, Jesolo, Caprino, Nogara, Bovolone. «Questi ultimi poli dovrebbero disporre anche di Day-Hospital e Day-Surgery, in modo da assorbire l'80% delle richieste dell'utenza, liberare gli ospedali per acuti e snellire le liste d'attesa spiega l'assessore alla Sanità, Luca Coletto. E' la proposta che discuteremo al tavolo tecnico con le Università di Padova e Verona, chiamate ad un ruolo di ricerca e formazione nell'intero sistema, e poi con Usl, sindacati e Conferenze dei sindaci. Il tutto in un'ottica di razionalizzazione della spesa e di miglior applicazione delle risorse a disposizione». Strategia che prevede anche il potenziamento della «week-surgery», cioè la chirurgia diurna e settimanale, e il trasferimento di una serie di prestazioni dal regime di ricovero a quello ambulatoriale. «L'ospedale specifica il piano a prescindere dai presidi, è diretto da un direttore medico, unico responsabile organizzativo dell'intera funzione ospedaliera». Una nuova figura è prevista anche per la medicina territoriale. «Il territorio si legge nel documento elaborato dalla segreteria regionale della Sanità a prescindere dal numero di sedi distrettuali, sarà diretto da un direttore unico, responsabile organizzativo-gestionale nominato dal direttore generale con proprio provvedimento». Sarebbe dunque il quinto uomo in ogni Usl, già dotata di dg e direttori sanitario, amministrativo e dei Servizi sociali. Senza contare i responsabili di distretto. Non pare un gran risparmio introdurre un altro dirigente, a meno che tale ruolo non venga ricoperto da un capo di distretto. Un altro passaggio cruciale è il ritorno, seppur con linguaggio «burocratese» e quindi criptico, al dibattito sul numero delle aziende sanitarie. «L'analisi storica sotto il profilo organizzativo e funzionale porta a confermare che le Usl con un bacino di riferimento compreso tra i 200 mila e i 300 mila abitanti presentano migliori performance gestionali e assistenziali recita il piano configurandosi questa come dimensione ottimale a cui tendere». Il messaggio è chiaro: secondo noi tecnici sarebbe meglio tenere le realtà con 200/300 mila abitanti, la politica veda poi cosa fare. Nel Veneto, stando ai dati 2009 del libro bianco, sotto questa soglia ci sono dieci Usl su 21: Belluno (129.073 abitanti), Feltre (84.949), Bassano (179.497), Thiene (187.902), Arzignano (180.577), Chioggia (134.211), Este (185.382), Rovigo (175.129), Adria (74.805) e Legnago (154.705). Difficile pensare allo scioglimento, più ragionevole l'ipotesi dell'accorpamento, per esempio Rovigo-Adria, Belluno-Feltre, come ipotizzato in passato. «A parte qualche eccezione, le realtà più piccole sono quelle che funzionano meglio osserva Bortolo Simoni, dg dell'Usl 2 di Feltre i disavanzi maggiori li accumulano le grandi aziende». In realtà il nodo da superare è la logica di spartizione partitocratica delle Usl, che finora ha impedito di ridurle. Gli ultimi input del piano da segnalare sono la diffusione capillare di ospedali di comunità e Utap (ambulatori con medici di base e specialisti), oltre all'implementazione delle cure domiciliari, da garantire anche h24 e 7 giorni su 7. Magari «attraverso lo sviluppo di centrali operative come punto di ricezione delle istanze e di coordinamento delle risposte». Michela Nicolussi Moro