



# **RASSEGNA STAMPA**

**26/01/11**

## Quotidiano Sanità

### Dirigenza Ssn. No all'ennesima invasione di campo nel sistema di valutazione

Si continua a discutere della valutazione dei dirigenti del Ssn senza confrontarsi con i diretti interessati. Per questo tutte le sigle sindacali della dirigenza del Ssn sono partite nuovamente all'attacco lanciando bordate verso Governo e Istituzioni che continuano ad escluderli dal confronto su una materia che li vede protagonisti indiscussi. Una materia, ricordano i sindacati (Anaa Assomed; Fp Cgil medici; Fassid; Cimo-Asmd; Aaroi-Emac; Cisl medici; Anpo-Ascoti-Fials medici; Fvm; Fesmed; Federazione Uil Fpl; Sds Snabi; Aupi; Sinafo; Fedir sanità; Sidirss) che riguarda la disciplina del rapporto di lavoro, in merito alla quale "la dirigenza del Ssn ha adottato, fin dal 1996, in recepimento della legislazione di riferimento, regole originali e all'avanguardia per la pubblica amministrazione, peraltro largamente eluse dalle Aziende Sanitarie". E quindi, avvertono i sindacati, nel caso si continuasse a procedere in maniera acritica "eserciteremo tutte le iniziative sindacali e giudiziarie per salvaguardare i diritti delle categorie professionali del servizio sanitario". A dare fuoco alle polveri è stato il convegno "Valutare Salute, la diffusione della cultura della valutazione nelle Aziende Sanitarie" – organizzato il 20 gennaio scorso dal Dipartimento della Funzione pubblica e da Formez PA, in collaborazione con Fiaso, Agenas – dal quale medici&co sono stati esclusi. Un convegno nel corso del quale sono stati presentati e dibattuti i risultati della sperimentazione del sistema di valutazione dei dirigenti del Ssn voluta dalla riforma Brunetta.

"Siamo costretti ad affidare le nostre critiche ad un comunicato – hanno denunciato i sindacati – dal momento che il Dipartimento per la Funzione Pubblica ha organizzato un convegno al quale hanno pensato bene di non invitare le organizzazioni sindacali direttamente coinvolte in questo processo, bensì la Fiom che, è bene ricordare, non svolge funzioni di supplenza. Non possiamo evitare di stigmatizzare la pervicacia con cui il Governo e le altre istituzioni coinvolte – hanno aggiunto – continuano ad escludere i legittimi rappresentanti dei Dirigenti del Ssn da un confronto su una materia in merito alla quale abbiamo adottato regole originali e all'avanguardia per la pubblica amministrazione".

Anche perché, rincarano la dose i sindacati, i dati ufficializzati hanno dimostrato l'impossibilità di applicare una metodologia eccessivamente rigida e burocratica alle sofisticate e specifiche professionalità presenti in un mondo, come quello della sanità, troppo complesso ed articolato per essere costretto alle formule semplicistiche ideate dal Ministro Brunetta.

"Auspichiamo – hanno sottolineato – che le Regioni, sempre attente a difendere le loro prerogative costituzionali, ma finora silenziose e passive di fronte a evidenti 'invasioni di campo' che pretendono di dettare le regole di un gioco che pure si vuole federativo, sappiano contrastare con la loro indipendente legislazione un modello non adatto alla dirigenza del servizio sanitario. Nel caso le Aziende sanitarie – hanno concluso i sindacati – nonostante i nostri richiami alla legislazione speciale e ai contratti ancora vigenti, dovessero procedere in maniera acritica, eserciteremo tutte le iniziative sindacali e giudiziarie al fine di salvaguardare i diritti delle categorie professionali del servizio sanitario".

## Repubblica Napoli

### Senza medici e infermieri l'Annunziata in agonia

Annunziata, un polo pediatrico in agonia. Pochi infermieri, anestesisti in prestito, ginecologi carenti, medici che vanno via. Ancora. Un ascensore (ce sono solo due) che non ferma dove ci sono pronto soccorso ostetrico e sala parto; cartelle cliniche agli sgoccioli (a breve la pediatria ne resterà senza); culle rotte e mai sostituite; due autoclavi fuori uso.

È lungo il cahier de doléances che snocciola l'Anaa, il sindacato ospedaliero, per illustrare la drammatica situazione in cui versa l'Annunziata (nella foto). Una situazione conseguenza dell'annunciata (ma non realizzata) annessione al Santobono-Pausilipon. Il provvedimento è stato sempre rinviato, col risultato che l'ospedale è considerato "fuori" dalla Napoli 1, ma non ancora integrato al Santobono. **Gli anestesisti che scarseggiano, a partire dal primario, rappresentano un'emergenza: gli unici due in carico all'ospedale sono andati in pensione e il servizio è affidato a specialisti di altri presidi.** Ovviamente, gli interventi sui piccoli pazienti, come lamenta il consigliere della II Municipalità, Gianfranco Wurzbürger, vengono continuamente rinviati. «L'incertezza sul futuro, dicono Franco Verde e Bruno Zuccarelli, è devastante: «Come è accaduto per Monaldi, Cotugno e Cto, si costituisca l'azienda Pausilipon-Santobono-Annunziata. Troppe resistenze mirano a invalidare un atto significativo. Caldoro le abbatta». (g. d. b.)

## La Nazione Siena

### DANIELE Marianello ha ventisette anni, specializzando in Anestesia

**DANIELE Marianello ha ventisette anni ed è uno specializzando in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva' presso Le Scotte'. Originario di Montefiascone in provincia di Viterbo vive a Siena, dove si è laureato in Medicina, da circa 9 anni.** Per lui, Siena ha lo stesso pregio e lo stesso difetto è «un paesone', una città tranquilla, dove non c'è lo stress delle grandi città. Tutto è a portata di mano e raggiungibile a piedi; e non hai bisogno di prendere un appuntamento per vedere un amico, come invece succede a Roma». Il

difetto dell'essere un paesone' si traduce in una buona dose di diffidenza nei confronti di chi senese non è. «Ci ho messo molti anni ad entrare in contatto con i senesi doc, per loro è difficile fidarsi di chi non conosce la loro vita». Per la formazione professionale di Daniele, Siena rappresenta una tappa fondamentale. «Non so ancora, se il mio futuro lavorativo mi offrirà l'opportunità di rimanere dopo la specializzazione, ma per me è stato importante fare l'università qui e lavorare in questo ospedale, uno dei migliori centri d'Italia. Grazie all'esperienza di medici e docenti con cui lavoro, ho avuto l'opportunità di imparare molte cose». Quando toglie il camice perché la sua giornata di lavoro è finita, Daniele ammette però, di preferire spesso altre mete e città d'arte per il suo tempo libero. «Sono andato fino a Venezia per vedere la mostra di Tamara de Lempicka, perché in questa città non sempre trovo un'offerta culturale che mi soddisfi. Penso ad esempio al teatro dell'opera o a mostre d'arte che non riguardino sempre e solo il 300-400 senese». Daniele ci confessa anche di amare il cinema e non rinunciare mai a un buon film. «Ho accolto con tristezza, la notizia della chiusura di due sale cinematografiche. Quelle che ci sono, avrebbero bisogno di un ammodernamento. Io proprio non ci sto in quelle sedute vecchio stile». Daniele, infatti, è un omone di quasi due metri, con spalle larghe e una carriera da pallavolista. Sorride mentre ci dice questa cosa, si rende conto che forse la sua richiesta è tutt'altro che disinteressata. Natascia Maesi

### Messaggero Umbria

**ORVIETO - È Tommaso Ciacca il nuovo direttore di anestesia e rianimazione del Santa Maria della Stella di Orvieto.** Perugino, 45 anni, proviene dall'ospedale di Spoleto, centro di riferimento per la chirurgia laparoscopica e robotica, dove ha sviluppato competenze nell'ambito dell'anestesia per interventi laparoscopici, di chirurgia vascolare e per il trattamento dell'obesità patologica. Ampia la sua attività nel settore pediatrico, ginecologico e ostetrico, oculistico e nell'impiego di tecniche anestesologiche meno invasive, in linea con i protocolli internazionali. Inoltre, il nuovo primario dell'ospedale di Orvieto ha riservato buona parte della propria attività alla terapia del dolore e al parto indolore.

### Giornale di Brescia

#### Il dolore è difficile ma ci sono terapie che possono curarlo

Particolare della Maddalena addolorata di Caravaggio «Nonostante le attuali conoscenze la cura del dolore, persistente e cronico, diventa spesso un'esperienza devastante dove il malato non dovrebbe mai vivere l'abbandono. La tecnologia ci mette oggi a disposizione una serie di innovazioni che hanno imposto un sostanziale cambiamento nella gestione del dolore e di tutte le sue implicazioni. Si stima che in Europa siano oltre 70 milioni le persone che soffrono di dolore cronico perché affette da malattie o traumi; un dolore che deve essere trattato, con metodiche nuove, miniinvasive, mirate, prima che la sua intensità diventi tale da modificare lo stile di vita». Con queste parole «introdotte», Saverio Adilardi, responsabile del Centro di terapia del dolore dell'Istituto clinico Città di Brescia e il primario anestesista Pietro Sebastiano illustrano il neonato sito sul Centro ([www.centroditerapiadeldolore.it](http://www.centroditerapiadeldolore.it)).

Centro nato dieci anni fa grazie alla collaborazione scientifica e operativa con la Farmacologia clinica dell'Università degli Studi, nella persona di Sandra Sigala della sezione di Farmacologia e della Scuola di specializzazione in Farmacologia medica diretta da Maurizio Memo. Le innovazioni tecnologiche per non soffrire, o per farlo di meno, sono state illustrate in anteprima dai protagonisti del Centro che le approfondiranno durante il convegno su «Il dolore difficile» in programma sabato alla facoltà di Medicina.

«L'esperienza in anni di lavoro al Centro, ci ha insegnato che la stimolazione midollare, utilizzata solo per tenere sotto controllo il dolore viscerale, è ora indicata anche per il dolore somatico» hanno spiegato Adilardi e Sebastiano. La stimolazione midollare si avvale di un piccolo dispositivo, il neurostimolatore, che genera impulsi elettrici a basso voltaggio, in grado di interagire con gli impulsi nervosi che producono dolore, modulandoli nelle vie sensitive che conducono il dolore stesso al nostro cervello e quindi alla nostra attenzione. Questi stimoli rimpiazzano il dolore nelle aree sensitive cerebrali con altri tipi di sensazioni paragonabili ai formicolii. Per molte persone, questo è il primo gradino verso un miglioramento della qualità della vita, compromessa dal dolore cronico.

Se è vero, infatti, che le persone che vivono il periodo culminante di una malattia oncologica in Italia sono circa 160mila, è altrettanto vero che ci sono 90mila persone che soffrono, spesso per lunghi anni, a causa di patologie cardiache, respiratorie, neurologiche ed infettive.

«Il nostro Centro, anticipando il concetto di rete scritto della recente legge, da anni collabora con la Farmacologia dell'Università degli Studi - hanno concluso i medici della Città di Brescia -: l'obiettivo è affrontare la terapia del dolore cronico sia sotto il profilo mininvasivo e strumentale sia sotto quello farmacologico». a.d.m.

## Giornale di Brescia

### Codacons

#### «Assurdo il numero chiuso a Medicina»

La stima secondo la quale, entro il 2015, 17 mila medici andranno in pensione e che nel 2018 mancheranno all'appello ben 22 mila dottori è la dimostrazione del fatto che il numero chiuso all'università è assurdo, antistorico e privo di qualunque logica. A sostenerlo è il Codacons, che chiede l'abolizione dei test d'accesso alla Facoltà di Medicina.

Secondo lo schema del Piano sanitario approvato dal Consiglio dei Ministri alcune specialità, dalla anestesia alla radiologia, dalla chirurgia alla pediatria, sono già in uno stato di sofferenza.

«Il rischio è che queste professionalità finiscano per essere reperite all'estero. Il che sarebbe assurdo, il colmo dei colmi. Ci avevano detto che il numero chiuso andava introdotto perché c'erano troppi medici e oggi siamo nella situazione opposta» ha dichiarato il presidente del Codacons, l'avvocato Marco Maria Donzelli.

«Peraltro con dei test ridicoli di cultura generale non si selezionano certo quelli che saranno i medici migliori. Per migliorare la qualità della nostra sanità la selezione andrebbe fatta durante gli anni universitari, attraverso esami più selettivi, e non certo con un test di un centinaio di domande da risolvere in qualche ora» ha concluso Donzelli.

Il Codacons chiede pertanto al ministro dell'Istruzione Mariastella Gelmini di abolire il numero chiuso ed i test di ammissione per accedere ad una facoltà.

## Il Centro

### Chirurgia, ecco due anestesisti

#### La Asl corre ai ripari e sblocca la lista degli interventi in sala operatoria

TERESA DI ROCCO

**LANCIANO.** Una seduta extra a settimana dedicata ai pazienti oncologici e l'assunzione di due anestesisti, di cui uno già a lavoro dal primo gennaio. La Asl Lanciano-Vasto-Chieti ha adottato queste soluzioni per incrementare l'attività chirurgica dell'ospedale Renzetti e ridurre la lista di attesa degli interventi programmati, che conta circa 140 pazienti.

Non sono cadute nel vuoto le richieste del tribunale dei diritti del malato sulla necessità di nuovi anestesisti - passati nel luglio scorso da 16 ad 11 - e le proteste dei circa 140 pazienti, attualmente in attesa di essere sottoposti ad un intervento chirurgico programmato.

E' il direttore sanitario della Asl provinciale, **Amedeo Budassi**, ad indicare la via per ridurre le liste di attesa nell'ambito di un'attività, quella chirurgica, che dal 2007 è in costante crescita. I dati mostrano, infatti, un trend positivo: nel 2010 le operazioni effettuate a Lanciano sono state 6.200, 1500 in più del 2007.

«E' vero che ci sono quattro anestesisti in meno ma nonostante ciò, e grazie alla dedizione del personale che ha rinunciato anche alle ferie estive, la riduzione delle sedute operatorie è stata minima», sostiene il direttore di anestesia e rianimazione, **Alberto Ricciuti**, «dalle 22 a settimana fatte fino a luglio 2010 siamo passati a 15, senza contare gli interventi di urgenza che portano le sale operatorie ad essere sempre aperte».

La riduzione delle sedute operatorie ha portato ad una rimodulazione delle stesse tra le unità operative. Ed è qui che la chirurgia ha perso spazi: da 5 è passata a due sedute a settimana anche se il taglio, leggendo i dati, non ha portato ad una drastica diminuzione degli interventi, passati da 899 del 2009 a 850 nel 2010. Non sono considerati, però, gli interventi programmati in day surgery, dove si contano le attese maggiori: circa 140 pazienti inseriti in lista da mesi.

«Per accorciare i tempi abbiamo aggiunto una seduta extra a settimana dedicata ai pazienti oncologici», afferma Budassi, «e, nonostante i vincoli posti dal piano di rientro, il primo gennaio abbiamo assunto un anestesista, a cui dovrebbe aggiungersi un altro tra qualche mese».

Ma l'allungarsi delle liste di attesa degli interventi chirurgici programmati si presta anche ad una lettura positiva. «Pur consapevoli del disagio che comporta ai pazienti», dice Budassi, «il fatto che al Renzetti ci sia una lista d'attesa per numerose prestazioni testimonia l'attrattiva esercitata dalla struttura e dai professionisti che vi operano, a conferma di una qualità dell'assistenza che non è mai venuta meno».

## La Repubblica Napoli

### Due morti per l'influenza A - Le vittime di 36 e 52 anni. "Non è pandemia, niente allarmismi"

L'Osservatorio regionale: "Da questo tipo di patologia c'è da aspettarsi un certo numero di decessi"

GIUSEPPE DEL BELLO

**PRIME** due vittime del virus H1N1. A Castellammare e al Cotugno. Il primo, un operaio di 36 anni di **Grazzanise**, era stato ricoverato una settimana fa nell'ospedale di Caserta. Fumatore accanito, in eccesso di peso (oltre 100 chili), il paziente è apparso subito in condizioni critiche tanto da indurre i medici a trasferirlo nella Rianimazione del **San Leonardo**. Qui, sottoposto a test, è risultato positivo al virus influenzale. Il

primario, Aniello De Nicola, lo ha collegato alla tecnologia Nava (ventilazione polmonare neuramente attivata) che lo avrebbe dovuto supportare nella respirazione ma, nonostante le terapie, è deceduto ieri notte.

«Era un fumatore accanito», ricorda, «ma nella storia clinica non presentava patologie predisponenti all'infezione». L'altro paziente, ricoverato 10 giorni fa al Cotugno, era di Piedimonte Matese e aveva 52 anni. A ucciderlo, ieri, l'aggravarsi dell'insufficienza cardiorespiratoria. I casi, entrambi notificati all'Osservatorio regionale di cui è responsabile Renato Pizzuti, si aggiungono agli altri 16 nazionali. «In questa situazione», tranquillizza Pizzuti, «si parla di "attesa" di mortalità. Vuol dire che, per questo tipo di patologia ci si deve aspettare un certo numero di vittime. Ma finora non mi pare che il virus abbia dimostrato una particolare aggressività. Non più della solita influenza stagionale. E d'altronde in queste settimane si dovrebbe raggiungere il picco dell'epidemia, mentre l'anno scorso ci fu una pandemia». Rosalba Tufano, ordinaria di Rianimazione alla Federico II che ha un paziente H1N1, raccomanda di «non fare allarmismi. Il caso di Castellammare, anche se giovane, era un forte fumatore che assumeva antidepressivi e pure oversize. E questi sono fattori di rischio». Dall'Istituto superiore di sanità, il direttore di Infettivologia Gianni Rezza, parla del caso del Cotugno: «Se non aveva patologie di base, sarebbe la prima vittima di quest'anno». Cioè, il primo morto senza fattori di rischio? «Sì, ma non è una regola assoluta», risponde, «solo una piccola percentuale, dell'uno per mille può avere problemi gravi e di questi meno del 20 per cento, pur non presentando fattori di rischio. Finora la regione più colpita è la Puglia con 7 morti. L'anno scorso toccò alla Campania». Al Cotugno, dice il primario infettivologo Franco Faella, ieri c'erano «4 ricoverati H1N1, anziani e con pluripatologie, ma nessuno grave». «Nel nostro pronto soccorso non c'è alcun allarme», aggiunge Nicola Maturo, «siamo nelle condizioni di assoluta normalità».

## Repubblica Genova

### In trincea

#### San Martino esaurito, trasferito paziente in coma

#### Nessun posto di Rianimazione in tutta la città, Cardiocirurgia taglia gli interventi

Emergenza sanità

Da Genova al Santa Corona. Il direttore dell'assessorato "segnale che il sistema funziona"

GIUSEPPE FILETTO

NON c'è un solo posto di rianimazione in tutti gli ospedali dell'area metropolitana. Né al Galliera, tantomeno a Villa Scassi. Missione impossibile trovarlo anche al "San Martino", nell'unica struttura di secondo livello della Liguria. Tanto che ieri pomeriggio, per liberare un solo letto, la direzione sanitaria di quest'ultimo ospedale ha dovuto disporre il trasferimento di un paziente in coma all'ospedale Santa Corona di Pietra Ligure. Inoltre, il reparto di Cardiocirurgia da qualche giorno è costretto a ridurre la sua attività, sospendendo diversi interventi in programma. C'è di più: delle quattro sale operatorie a disposizione, se ne utilizzano solo tre.

I pazienti operati, infatti, dopo l'intervento al cuore sono sottoposti alla rianimazione o alla terapia intensiva. In carenza di letti, gli specialisti ritengono rischioso portarli in sala operatoria. Il primario della divisione, Giancarlo Passerone, pur cercando di ridimensionare la vicenda, ammette: «Indubbiamente abbiamo dovuto rallentare la nostra media operatoria, ma rimaniamo a disposizione per le urgenze». Come dire: si interviene in caso di necessità, ma non si mette a rischio la vita delle persone.

Nelle scorse settimane in tilt è andato l'ospedale di Sampierdarena: qui una dozzina di degenti, a cui non si è trovato un letto nei vari reparti, ha trascorso la giornata sulle barelle, provvisoriamente sistemate al pronto soccorso; ma anche la notte. Lunedì scorso è seguito il black-out al Galliera, che a tappo e nell'impossibilità di sistemare gli ammalati, ha chiesto a tutte le ambulanze di non portare più pazienti. Ieri è toccato al San Martino: sono risultati occupati i diciotto letti di rianimazione al Monoblocco del San Martino, gli undici in Rianimazione Cardiocirurgica e gli otto di rianimazione al Dipartimento di Emergenza. E alla centrale operativa del "118" per l'intera giornata, fino a sera inoltrata, è stata data la disponibilità di un solo letto al Galliera, recuperato in extremis.

Secondo quanto spiega Passerone, l'emergenza va avanti da dopo Natale: «D'altra parte - sottolinea - quando tutte le terapie intensive della città sono piene, i nostri posti vengono occupati da pazienti che provengono da altri ospedali». La situazione di estrema criticità ieri ha spinto il responsabile del Dipartimento di Emergenza, Marco Comaschi, il suo collega della Rianimazione Cardiocirurgica, Angelo Grattarola, e il primario della Rianimazione del Monoblocco, Paolo Pelosi, a cercare una via d'uscita: appunto il trasferimento del primo ammalato a Pietra Ligure. Il direttore sanitario, Gianni Orengo, ammette le difficoltà del momento, ma fornisce una spiegazione leggermente diversa: «Il paziente va all'ospedale di Santa Corona perché lì c'è un centro per i malati spinali, dove può essere curato meglio». Orengo, comunque, assicura che nonostante gli sforzi a reperire un solo posto di rianimazione, il San Martino garantisce le urgenze ed è in grado di portare i pazienti in sala operatoria.

Sul fronte della Regione il direttore dell'assessorato alla Sanità, Franco Bonanni, da una parte allarga le braccia, dicendo che "tutto questo succede perché si registra una maggiore incidenza di bronchiti e broncopolmoniti negli anziani rispetto agli scorsi anni". Dall'altra, però, dà una lettura positiva del trasferimento di un paziente in coma al Santa Corona: «Vuol dire che siamo in presenza di una rete ospedaliera che riesce a trovare posto anche fuori Genova - spiega il direttore - . Ciò che invece non riusciamo a garantire, è la velocizzazione dei percorsi nei vari reparti». Le "Medicine" e le "Chirurgie Generali", soprattutto nei periodi invernali, dovrebbero offrire posti letto ai settori dell'urgenza. Per fare ciò, fra le altre cose nei prossimi programmi della Regione è inserito l'accorpamento delle piccole divisioni delle specialità, soprattutto di quelle costituite da otto, dieci letti: «Devono unire le forze, in modo da recuperare personale, che poi potrà essere utilizzato in altri reparti, in quelli che in inverno registrano meno carico di lavoro», precisa Bonanni. Che ricorda la recente deroga, firmata dall'assessore regionale alla Sanità, Claudio Montaldo, per l'assunzione di personale infermieristico ed operatori sanitari all'ospedale San Martino.

## Gazzetta del Sud

### All'Annunziata è terra di nessuno il padiglione che ospita il Dea

Franco Rosito

Più di cinque milioni di euro spesi da quando (circa nel 2000) fu posata la prima pietra. Un altro milione e mezzo messo sul piatto della bilancia per il completamento dell'edificio dell'Annunziata che dovrà ospitare il Dipartimento di emergenza ed accettazione. Noto a tutti come Dea. Tre giunte regionali, varie inaugurazioni (l'ultima a marzo 2010) con tagli del nastro e spese ingenti (50 mila euro) per il trasporto di pochi mobili, un sequestro (gennaio 2008) durato oltre un anno a seguito di un'inchiesta avviata dalla magistratura per un esposto dell'ex direttore generale Cesare Pelaia che lamentava lavori pagati e mai eseguiti. Poi la ripresa dei lavori con il trasferimento (gennaio 2009) di laboratori di analisi e ambulatori prima ospitati nella dirimpettaia palazzina ex Ipaì chiusa per la insussistenza delle condizioni di sicurezza, igiene e salubrità e per rischi dovuti all'instabilità della struttura.

È un arsenale il Dea, che, però, rischia di finire in rovina prima del tempo. Scale, ascensori, stanze chiuse o aperte, decine di armadietti pronti (si fa per dire) ad essere utilizzati, centinaia di mozziconi di sigarette, scatole di cartone, bicchieri e bottiglie in plastica, materiale abbandonato dagli operai delle varie ditte, pareti dei muri imbrattati e già segnate dall'umidità. Un labirinto infernale che per buona parte non funziona e gli sprechi di toccano con mano. Impianti elettrici e di riscaldamento di prima scelta, pannelli per la controsoffittatura, ascensori. Tutto lascia intendere che da un momento all'altro la struttura possa entrare in funzione. Invece, i tempi sono lunghi. Il bando per il completamento del Dea deve essere ancora completato e conoscendo i tempi biblici della nostra burocrazia e quello delle ditte il 2011 passerà sicuramente senza che accada nulla di nuovo. Nel frattempo il Dea è un porto di mare. Chiunque può entrare e uscire a proprio piacimento utilizzando i varchi della Divisione di Chirurgia (al primo piano del plesso vecchio) e quello dell'ufficio ticket che dà su via Zara o viale della Repubblica. Con i tagli apportati al servizio di vigilanza e la riduzione del personale al posto di fisso di polizia i controlli diurni e notturni sono pressochè azzerati. Ed è questo un problema che il commissario dell'azienda ospedaliera Gangemi ed i suoi più stretti collaboratori devono affrontare al più presto. Se un utente che va all'ufficio ticket e sulla via del ritorno sbaglia strada rischia di finire nel famoso labirinto del Dea fatto di corridoi e scale sporchissime con tracce di rifiuti che danno il senso dell'abbandono, della trascuratezza e della scarsa pulizia. Caratteristiche che non si sposano con una struttura sanitaria. Ma Gangemi e i suoi collaboratori dovranno badare anche a migliorare la sicurezza in alcuni punti dell'Annunziata. Al piano terra e nei sotterranei dove è ubicata la sala sterilizzazione sui muri ci sono solo gli alloggi e le tabelle che segnalano la presenza degli estintori. Ma dei contenitori da usare in caso di incendio non c'è alcuna traccia. Altri estintori invece sono bloccati dalle macchinette che distribuiscono caffè, bibite e brioche. A chi è venuta la bella idea di bloccarle lì dietro non è dato sapere. Come non si capisce perché non si muniscono di "foglio di via obbligatorio" i barboni che puntualmente tutte le sere e a volte anche di giorno occupano le quattro poltrone della saletta (dotata di bagno) riservata ai familiari dei pazienti ricoverati a Rianimazione! Controllo, sicurezza, igiene: tre aspetti da non sottovalutare in un ospedale che ancora dovrà durare a lungo e che non può fare a meno di elementari norme in attesa del completamento di una grande opera come il Dea.

## Il Sole 24 Ore Lombardia

### Concorrenza. Confindustria e la nuova legge: «Servono garanzie di sicurezza e affidabilità»

#### Si alla farmacia «tuttofare» solo se rispetta gli standard

Un recente provvedimento del ministero della Salute, approvato dalla Conferenza Stato Regioni e in corso di verifica di applicabilità da parte delle singole Regioni, ha previsto la possibilità che le farmacie forniscano alcuni servizi sanitari. In pratica, all'interno della farmacia si potranno prenotare visite ed esami e fin qui non c'è nulla da eccepire ma sarà anche possibile sottoporsi ad esami diagnostico-strumentali e attivare inoltre

**interventi di fisioterapia e di assistenza infermieristica.** Bisogna a questo punto chiedersi: all'interno delle farmacie saranno garantiti gli stessi requisiti di sicurezza e qualità a cui oggi devono attenersi tutti i poliambulatori già presenti sul territorio? Gli oltre 1.100 poliambulatori e punti prelievo pubblici e privati già presenti in modo capillare nella regione Lombardia devono infatti garantire il rispetto di norme molto precise per l'avvio e il mantenimento dell'attività. Per fare qualche esempio concreto, pensiamo a cosa succede oggi in un semplice punto prelievo: deve disporre di un'area di attesa dedicata, di bagni per i disabili, di spazi per la raccolta dei campioni ad uso esclusivo e così via. Anche il più piccolo centro deve inoltre garantire il possesso di requisiti previsti dalle norme antisismiche, antincendio, antinfortunistica, di protezione acustica. Se poi si passa a considerare gli strumenti in dotazione, la prospettiva è che per gli esami ematochimici, anche quelli più complessi, si utilizzino apparecchiature automatizzate sulla cui affidabilità in termini di esiti attendibili sono presenti per la verità ancora molti dubbi. Un altro aspetto importante, di cui si dovrà tenere conto nel prossimo futuro, è rappresentato dall'informazione al paziente: i medici di laboratorio svolgono costantemente questo compito per chiarire il significato delle analisi e per informare gli stessi su eventuali interazioni con i farmaci. Inoltre, la corretta interpretazione dell'esito di un esame può essere decisiva per l'inquadramento terapeutico o anche solo per gestire la preoccupazione dei pazienti per un risultato dubbio.

**Venendo poi alle prestazioni ambulatoriali, nei poliambulatori è necessario prevedere anche la presenza costante di un medico e di un infermiere che sia responsabile del corretto svolgimento dell'attività clinica.**

Devono inoltre essere sempre garantiti adeguati percorsi di formazione e aggiornamento per il personale, bisogna essere pronti con mezzi e persone a gestire interventi di primo soccorso o emergenze. Si tratta di norme giuste e corrette, che garantiscono qualità e sicurezza nei confronti dei pazienti, ma che proprio per questo motivo devono, a maggior ragione, valere per tutti. C'è poi un fattore economico non indifferente. Posto che tutti gli erogatori di servizi sanitari devono rispettare un budget e attenersi a tetti di spesa concordati con le istituzioni, cosa accadrà con l'estensione di questi servizi alle farmacie? Anche loro avranno un budget? E con quali fondi sarà stabilito? In un periodo, come quello attuale, di tagli e ridimensionamenti l'applicazione di questo provvedimento non sembra quindi un percorso realistico. In conclusione più servizi sul territorio, ma regole certe e uguali per tutti, a tutela dei pazienti e senza aggravio di costi. Anisap Lombardia Confindustria Lombardia Sanità Servizi

## **Il Sole 24 Ore Sud**

**Puglia. Regge il piano di rientro fatto da regione e governo: già chiusi tre ospedali**

**Sanità, Fiore insiste sui tagli**

ARCIERI Santeramo in Colle. Uno dei tre ospedali pugliesi che sono stati chiusi già in queste settimane BARI Maria Moretti **Un taglio netto di 1.413 posti letto. Il piano di riordino ospedaliero pugliese non fa sconti. Ed è solo l'inizio. La scure si abatterà ancora nei prossimi due anni, nonostante la ventata di polemiche sollevata da sindaci, associazioni sindacali, direttori sanitari, medici, consiglieri regionali, anche di maggioranza.** Il fantasma del commissariamento della regione Puglia da parte del governo preoccupa l'assessore regionale alla Salute, Tommaso Fiore, che si prepara alla battaglia finale in consiglio. Intanto, gli effetti già si fanno sentire. Negli ospedali di Ruvo, Bitonto e Santeramo sono stati sospesi i ricoveri. Entro il mese, chiuderanno. Ruvo perderà 20 posti di lungodegenza; Bitonto 33 e vedrà trasformato il pronto soccorso in un punto di primo intervento; Santeramo rinuncerà a 18 posti letto in lungodegenza. Stessa sorte toccherà agli ospedali di Minervino Murge, Spinazzola, Cisternino, Ceglie Messapica, Monte Sant'Angelo, Torremaggiore, San Marco in Lamis, Gagliano del Capo, Maglie, Poggiardo, Massafra, Mottola. I presidi di Rutigliano e Noci saranno trasformati in strutture extra-ospedaliere di riabilitazione; mentre Campi Salentina diventerà un centro territoriale per la gestione delle criticità. **Nel regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera (il n. 18 del 16 dicembre 2010) si legge: «I territori interessati dalla disattivazione degli stabilimenti ospedalieri saranno oggetto di processi di potenziamento e riqualificazione delle attività assistenziali territoriali alternative al ricovero, come l'assistenza domiciliare, l'assistenza specialistica ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, la riorganizzazione della medicina di gruppo».** Obiettivo del piano è migliorare qualità e appropriatezza dell'offerta ospedaliera, contenendo la spesa sanitaria e mettendo così in atto l'intesa stato-regioni del 3 dicembre 2009 (patto per la salute 2010-2012), che prevede uno standard di posti letto pari a 4,5 per mille abitanti. L'efficienza sarà conseguita trasformando il 10-15% dei ricoveri per acuti in ricoveri in lungodegenza o riabilitazione; il 35-40% dei ricoveri in assistenza sostitutiva nell'ambito di Rsa e Hospice; il 45%-50% in attività ambulatoriale, day service o prestazioni da effettuarsi nell'ambito delle case della salute. Tutto ciò serve per rendere possibile la misura-chiave di risparmio: la disattivazione dei presidi ospedalieri con meno di 70 posti letto ovvero con meno di tre unità operative, o sulla base dei dati relativi all'attività delle strutture. Ci saranno poi la riconversione di alcuni stabilimenti in strutture sanitarie territoriali sulla base delle esigenze delle comunità e accorpamenti o disattivazioni dovuti a carenze di organico. In dettaglio, nelle Asl di Bari e Taranto ci sarà il taglio più consistente: **i posti letto passeranno rispettivamente da 1827 a 1560 (267 in meno) e da 1313 a 1044 (269 in meno); al terzo posto il territorio foggiano dove i posti letto diventeranno 713, da 970 iniziali; le Asl di Lecce**

dovranno fare i conti con 201 posti letto in meno (da 2151 a 1951); infine Brindisi dove i posti letto si ridurranno a 1206 da 1350 (144 in meno) e la provincia di Barletta, Andria, Trani dove si passerà da 875 a 769 (106 in meno). Altri 169 posti letto saranno recuperati dalle strutture private. Per fine anno si prevede un'ulteriore sforbiciata di 500 posti letto, di cui 130 negli enti ecclesiastici e 370 in aziende ed enti del servizio sanitario regionale; entro il 2012, invece, è prevista la disattivazione di altri 300 posti letto nella case di cura private accreditate. Intanto, il Pd prova a cambiare le carte in tavola e presenta un emendamento in terza commissione consiliare per salvare 14 strutture e riconvertirle in intermedie connesse ad ospedali di primo e secondo livello e a poliambulatori distrettuali. Fiore minaccia le dimissioni e ribadisce: «Solo mantenendo il piano di riordino così com'è, in un sistema di azioni complessive, si riuscirà a raggiungere il riequilibrio finanziario». Il riferimento è ad altre iniziative già in essere come la modifica delle tariffe per le prestazioni ospedaliere e il ticket di un euro a ricetta per tutti, anche esenti per reddito e patologie.

## Repubblica Milano

### La sanità

#### All'Asl Milano sale Bolzoni

Il quadro è ancora lontano dall'essere completo, l'attesa per i nuovi direttori della sanità lombarda continua. La prima a muoversi nella tornata delle nomine è l'Asl Milano di corso Italia. Il direttore generale Walter Locatelli, in quota Lega, ha nominato Enrico Bolzoni direttore sanitario. È un dirigente interno all'Asl dove prima era il responsabile del dipartimento di programmazione acquisti e contratti, ovvero il settore strategico per l'acquisto delle prestazioni sanitarie, ha 59 anni. È un tecnico, slegato quindi dai giochi politici.

Legate invece alle "quote" politiche sembrano essere invece le altre due nomine dell'Asl Milano. Locatelli ha scelto come direttore amministrativo Sara Cagliani, 40 anni, negli ultimi tre anni direttore amministrativo di Areu, ovvero il 118. La carica di direttore sociale è andata invece al cinquantenne Claudio Sileo, già direttore sanitario all'Asl di Bergamo e poi agli Ospedali riuniti sempre di Bergamo.

## Il Centro

### L'Abruzzo in mano ai commissari

#### Devono gestire l'emergenza straordinaria, in due anni sono diventati 28

ANDREA MORI

**PESCARA. Nella straordinarietà della crisi l'Abruzzo ha qualcosa in più di straordinario. Anzi, 28. Tanti sono infatti i commissari straordinari che amministrano e gestiscono beni e servizi pubblici per conto della Regione o direttamente del governo.**

L'ultimo arrivato ad allungare una lista che poteva già essere da record è l'ingegnere Gianfranco Mascazzini chiamato a gestire l'ennesima emergenza, quella dei fiumi e della costa a rischio, con un budget di 40 milioni di euro. È il commissario numero 28 della lista che affonda le radici nel 2009, con la nomina a commissario per la ricostruzione del presidente della Regione Gianni Chiodi - che ha poi ricevuto l'incarico bis sul fronte della sanità - seguita dalla prima raffica di nomine, sempre nel giugno di due anni fa, ai vertici dei sette consorzi industriali. Così era e così è rimasto. In due anni i commissari hanno conservato i loro poteri e anzi sono aumentati con tutta la loro «straordinarietà». Dai parchi agli alloggi popolari, dalla gestione del ciclo idrico (acqua) all'agenzia per l'ambiente, al turismo. In Abruzzo resta poco di pubblico che non sia commissariato. Seguendo una logica che per quanto sia ricorrente sa poco di straordinario, la prossima nomina può arrivare per la gestione del caos-rifiuti e delle discariche stracolme; oppure, ipotizziamo, può scattare sulle risorse energetiche, il problema delle ricerche petrolifere e della proliferazione degli impianti eolici. A quel punto, forse, qualcuno si potrebbe voltare e domandarsi: ma l'Abruzzo ha davvero bisogno di queste gestioni straordinarie? E quelle che sono iniziate due anni fa, che cosa hanno portato?

Tralasciando i più grandi temi su sanità e ricostruzione, la maggior parte dei commissari è stata nominata in attesa che venisse varata e si concretizzasse la riforma su società, consorzi e agenzie regionali, che prevede accorpamenti e riduzioni di amministratori, e le cui linee guida sono state approvate dal consiglio regionale nella prima metà del 2009. È ad esempio il caso dei consorzi industriali (Asi) e delle agenzie per l'edilizia territoriale (Ater). Aniché rinnovare le cariche di amministratori e presidenti, è stato preferito affidarsi ad una sola persona, «un tecnico», per ente, con ampi poteri decisionali nel suo campo, affinché potesse gestire il periodo di transizione. Il commissariamento dell'ente avrebbe dovuto portare a un maggiore snellimento dell'apparato burocratico, a una maggiore efficienza, alla soluzione di problemi incumbenti, straordinari appunto. Di certo fa risparmiare alla Regione i compensi ai componenti dei vari Cda (di nomina politica).

Il cambiamento tuttavia non arriva e la gestione straordinaria sta di fatto diventando ordinaria. Al consigliere pd Giuseppe Di Pangrazio un anno fa era venuto il sospetto che l'era dei commissari fosse una scusa per prendere tempo, assicurare nomine di una parte piuttosto che di un'altra, sfilando il controllo degli enti strumentali alla politica. Nel frattempo i commissari sono aumentati.