



RASSEGNA STAMPA

27/01/11

Doctor News

Certificati on line, Bianco e Milillo da Fazio per rinvio sanzioni

Certificati on line e sanzioni al centro dell'incontro che ieri mattina ha messo attorno a un tavolo il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, e il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco. Nel corso del colloquio, al quale era presente anche il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo (foto), sono stati ripercorsi i dubbi che nei giorni scorsi hanno spinto la Federazione degli ordini a chiedere il rinvio dell'entrata in vigore delle sanzioni, attualmente fissata al 31 gennaio. «A pochissimi giorni dalla scadenza» riassume a Doctornews il presidente Bianco « non si sa nulla delle modalità applicative dell'impianto disciplinare: chi farà scattare le sanzioni, come e con quali procedure. E poi ci sono i problemi tecnici: attendiamo la relazione con cui il tavolo interministeriale ha concluso la sua ricognizione sull'efficienza del sistema (ultima riunione di lavoro lunedì scorso, ndr) ma da quanto riferiscono i medici i nodi irrisolti rimangono ancora parecchi. Se poi si vuol partire comunque si partirà, ma per noi la cosa più ragionevole è quella di un ulteriore rinvio». Il ministro Fazio ha assicurato al presidente Bianco che esporrà il punto di vista della Federazione nelle sedi istituzionali in cui si discuterà delle tappe a venire della certificazione on line.

Il Sole 24 Ore Sanità

Brunetta: con l'e-health risparmi per il Ssn da 12,4 miliardi l'anno

Il Ssn può risparmiare 12,4 miliardi in un anno (l'11,7% dell'attuale spesa) con la sanità digitale. Come? Con la ricetta elettronica, il fascicolo sanitario elettronico, i certificati di malattia on line e i pagamenti le refertazioni sul web.

Il ministro della Pubblica amministrazione e dell'Innovazione Renato Brunetta ha inviato al presidente dei governatori Vasco Errani un report sugli studi condotti finora sui risparmi realizzabili con la sanità elettronica.

Dati che lo stesso Errani aveva chiesto in occasione della recente sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra Innovazione e Regione Emilia Romagna su iniziative comuni di e-government.

Questi i contenuti del report.

Secondo uno studio di Confindustria servizi innovativi e tecnologici del 2010 l'introduzione dell'Ict in sanità (medici in rete, ricette e certificati di malattia digitali, fascicolo sanitario elettronico, prenotazioni di prestazioni online con pagamenti e refertazione digitale, telemedicina) comporterebbe un risparmio complessivo stimato in 12,4 miliardi.

Dalla sola introduzione della ricetta digitale si avrebbe un risparmio di circa 2 miliardi (l'1,84% della spesa Ssn), sempre secondo le stime elaborate da Confindustria basate sullo studio "Best Demonstrated Practice eHealth Impact", commissionato dalla Commissione europea a Booz Allen Hamilton (2005). Stime confermate da alcuni casi di studio realizzati nelle regioni Campania, Piemonte e Marche.

Un altro studio, elaborato questa volta dal Tavolo della Sanità elettronica (sede istituzionale di confronto tra Governo e Regioni), sostiene che grazie all'introduzione della ricetta digitale si otterrebbe una riduzione tra 1,8 e 2,1 miliardi annui (l'1,6-1,9% della spesa Ssn): 600 milioni dall'abolizione dei flussi cartacei e 1,2-1,5 miliardi per la riduzione di abusi e di errori materiali.

Nella documentazione inviata da Brunetta a Errani si ricorda inoltre che la Regione Lombardia ha annunciato l'attivazione del progetto "ricetta digitale" a partire dal 2011: i risparmi, riferiti alla regione, sono stati stimati in circa 1 euro a ricetta, più di 50 milioni. E la stima si riferisce solo ai risparmi che derivano dall'abolizione dell'intero ciclo della "ricetta rossa".

Infine, il ministero dell'Innovazione stima un risparmio annuo complessivo di 590 milioni, così calcolato: 500 milioni a favore dell'Inps che derivano dall'abolizione del data entry dei certificati di malattia cartacei; 20 milioni a favore delle imprese per la possibilità di un monitoraggio più efficace dell'assenteismo attraverso il certificato di malattia elettronico (attualmente le giornate indennizzate sono 60.277.000 per un costo totale di 1,9 miliardi l'anno, di cui 1,6 a carico delle imprese); 70 milioni di euro che derivano dall'abolizione dell'invio con raccomandata del certificato di malattia all'Inps e al datore di lavoro (il costo di ogni raccomandata è di 2,80 euro e i certificati di malattia emessi per i dipendenti del settore privato sono circa 12 milioni l'anno, per un totale di 24 milioni di raccomandate inviate ogni anno).

Brunetta segnala inoltre a Errani ulteriori risparmi possibili per l'adozione dei servizi di pagamento e di refertazione online che - oltre a introdurre semplificazioni e agevolazioni notevoli per i cittadini, sia in termini di tempo che di costi - consentirebbero di accelerare il percorso di innovazione dei sistemi informativi e delle procedure aziendali, favorendo la messa a sistema di soluzioni spesso attivate in forma sperimentale. Questo intervento può generare un impatto quantificabile, secondo il report, in termini di minore spesa pubblica, in oltre 400 milioni l'anno.

Quotidiano Sanità

Mele (Fimp) incontra il ministro Fazio: "Serve una legge sulla responsabilità medica"

La recente sentenza del Tribunale di Firenze, che dopo la morte di una bambina di 10 anni ha condannato ad un risarcimento milionario una pediatra in ferie per gli atti posti in essere dalla sua sostituta, ha acceso il dibattito nella categoria dei medici in rapporto di convenzione con il Ssn.

Questa mattina, presso la sede del Ministero della Salute, il presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri (Fimp) Giuseppe Mele ha incontrato il Ministro della Salute Ferruccio Fazio per rappresentargli la posizione della Federazione in merito alla sentenza. Mele ha chiesto un intervento legislativo urgente, ricevendo rassicurazioni dal ministro Fazio che ha espresso l'intenzione di voler seguire personalmente la questione ricercando adeguate soluzioni legislative.

"Siamo consapevoli – ha dichiarato Giuseppe Mele al termine dell'incontro – del fatto che ci stiamo muovendo su una questione ad alta complessità giuridico-legislativa, ma come Fimp non possiamo accettare che la categoria resti relegata in una sorta di limbo dovendo sopportare, sia le proprie responsabilità derivanti dallo svolgere una funzione di pubblica utilità in nome e per conto del Ssn, sia le responsabilità altrui, derivanti da eventuali danni commessi da chi svolge una sostituzione peraltro prevista ex lege e per contratto".

Su questo tema, nelle prossime ore, sarà attivato, su input del presidente della Fiomceco Amedeo Bianco, il tavolo intersindacale per formalizzare al governo una proposta di tutte le categorie mediche convenzionate con il Ssn.

AdnKronos

Sanità: in Italia oltre 20 morti al giorno per infezioni in corsia

Nelle corsie degli ospedali italiani circola un'insidiosa malattia che colpisce ogni anno circa 400 mila pazienti, praticamente quanto l'intera popolazione di una città come Firenze: è l'infezione ospedaliera. Nessuna struttura ne è immune, né pubblica né privata, del Nord come del Sud. Polmoniti, setticemie e infezioni da catetere le più diffuse. A farne le spese sono soprattutto i pazienti più deboli, gli immunodepressi, i malati cronici, che durante il ricovero possono essere colpiti da batteri particolarmente aggressivi e resistenti che, in alcuni casi, possono anche essere letali. Si calcola infatti che il 2% dei pazienti che contraggono un'infezione in corsia muore, circa 8 mila l'anno. Praticamente, in media, oltre 20 al giorno. A fornire i numeri all'Adnkronos Salute è Antonio Cassone, docente universitario di Microbiologia e consulente dell'Istituto superiore di sanità (Iss), che, grazie a una ricerca condotta l'anno scorso in 50 ospedali della penisola, può tracciare un quadro aggiornato sul tema delle infezioni ospedaliere, quest'anno in lieve calo grazie a un'applicazione più forte delle norme di prevenzione e al lavoro dei team di controllo attivati nei grandi ospedali italiani. "E' bene precisare subito che queste stime - sottolinea l'esperto - possono presentare un certo margine di errore. Ma da quanto emerso possiamo rilevare nell'ultimo periodo un lieve trend al ribasso del fenomeno. Per avere dati certi sarebbe però necessario analizzare i singoli ospedali e i singoli reparti". Comunque, in base alle ultime ricerche, il numero delle infezioni in corsia sembra rallentare il passo. Il precedente rapporto dell'Iss indicava infatti in 500 mila il numero dei casi di infezioni ospedaliere l'anno. Ma il pericolo rimane sempre alto. "Altissimo", precisa Cassone. "Anche se - sottolinea - in linea con quanto si registra negli Stati Uniti e negli altri Paesi europei". I circa 400 mila casi di infezioni sono infatti da rapportare agli oltre 9 milioni di ricoverati l'anno. Vale a dire una percentuale di circa il 5%, che in alcuni reparti può però salire di molto. "Nei reparti di chirurgia o in quelli di terapia intensiva la percentuale di infezioni sistemiche di tipo settico può salire fino all'11-12%. E - sottolinea Cassone - non è un caso. E' proprio in queste unità che si trovano i pazienti più deboli, con le difese immunitarie più basse". Nonostante il buon lavoro degli organismi di controllo si potrebbe quindi fare molto di più. Il fenomeno delle infezioni ospedaliere, se non eliminare del tutto, si potrebbe ridurre. "Almeno il 30% di queste infezioni sono potenzialmente prevenibili", spiega Cassone. "Per combatterle servono però misure preventive, una su tutte: il rispetto delle misure di igiene del personale medico e infermieristico, ad esempio il lavaggio accurato delle mani". E ancora: "La pulizia degli ambienti, la manutenzione degli impianti di aerazione e delle condutture dell'acqua. Ma anche - aggiunge Cassone - il rispetto di alcune regole fondamentali, come quella di non uscire dal reparto con il camice, oppure limitare il numero dei visitatori o del personale di altri reparti". Dello stesso avviso anche Carlo Signorelli, della Siti (Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica), secondo il quale "è necessaria una sorveglianza sistematica del fenomeno in ciascun ospedale attraverso l'istituzione di comitati 'ad hoc'. E ancora. Impianti adeguati e soprattutto corrette procedure igieniche da parte degli operatori, tra cui l'igiene personale e il lavaggio delle mani. Importante anche la collaborazione dei pazienti e dei loro parenti che possono portare in ospedale germi e aumentare il rischio di infezione". Un'altra misura da osservare per combattere il fenomeno è senz'altro quella relativa all'uso appropriato degli antibiotici. "Il ricorso esagerato a questo tipo di farmaci - spiega Cassone - crea infatti il cosiddetto fenomeno dell'antibioticoresistenza. I batteri presenti nell'ambiente col tempo diventano resistenti agli antibiotici,

favorendo l'entrata in circolo di queste infezioni. Quindi, antibiotici sì, ma mirati". Tesi sottoscritta anche da Vilma Rigobello, presidente della Società italiana multidisciplinare per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie (Simpios). "L'uso eccessivo e inappropriato degli antibiotici - spiega - insieme alla straordinaria versatilità genetica dei microrganismi, sta mettendo a rischio la loro efficacia nel controllo delle infezioni e non solo in Italia". Che le infezioni rappresentino un grosso pericolo lo dimostrano anche le cronache di questi giorni. Casi emersi e già finiti sotto l'occhio attento della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e disavanzi sanitari, presieduta da Leoluca Orlando. I due episodi più recenti riguardano l'Aurelia Hospital di Roma, struttura privata convenzionata, dove "in soli nove mesi (da gennaio 2009 a settembre 2009) sono stati registrati 80 casi di infezione ospedaliera provocata dall'*Acinetobacter baumannii*", microrganismo infettivo molto pericoloso. "Infezioni che - secondo i documenti raccolti dalla Commissione - avrebbero provocato la morte di 26 pazienti". All'esame della Commissione di Orlando è anche il caso delle sospette infezioni da Aspergillo (una muffa che può causare problemi a carico soprattutto dell'apparato respiratorio), su cinque neonati all'ospedale Gaslini di Genova. Infezioni che, fanno sapere dalla Commissione, "sarebbero avvenute alla fine della scorsa estate (ma resi noti a gennaio 2011) nel reparto di patologia intensiva neonatale del nosocomio. Anche se Gianni Serra, direttore della divisione di patologia e terapia intensiva neonatale, smentisce si sia trattato di Aspergillo e fa sapere che al Gaslini l'incidenza di questa infezione è del 10% contro la media nazionale del 25%", si legge sempre sui documenti. All'attenzione della Commissione c'è pure un decesso di una paziente, in seguito a due arresti cardiaci che potrebbero essere ricondotti a infezione da *Acinetobacter*, avvenuto lo scorso 17 maggio nell'Unità di terapia intensiva del reparto di neurochirurgia del Policlinico Umberto I di Roma, struttura che - come emerge dalle carte della Commissione - fu protagonista, al termine degli anni '90, di ripetuti scandali legati a drammatici casi di infezione. Nel 1998 quattro anziani operati di cataratta nella clinica oculistica dell'Umberto I persero la vista ad un occhio per una infezione in sala operatoria dovuta al virus della Legionella. Solo un anno dopo, nel '99, quindici neonati vennero infettati e 13 finirono in terapia intensiva per una epidemia anomala di enterite. Nuova drammatica emergenza nel 2001: due madri costrette a non allattare i neonati; alcuni cesarei rinviati. Sul tavolo di Orlando anche il caso di una presunta infezione da *Stafilococco* ai danni di tre persone (una donna di 78 anni e due uomini di 51 e di 83) morti nella clinica Hesperia di Modena (centro cardiocirurgico privato accreditato modenese) nel maggio 2010. Erano stati operati nello stesso giorno e nello stesso blocco operatorio, uno di seguito all'altro. Ciò ha fatto ipotizzare l'esistenza di una fonte comune di infezione. C'è poi il decesso di un uomo con una rara malattia immunologica: "Aveva contratto - spiegano dalla Commissione parlamentare - il virus H1N1 all'ospedale di Siracusa, infezione che lo ha portato al decesso. Secondo l'esposto ci sarebbero stati vari errori, primo fra tutti quello di averlo ricoverato in un reparto di malattie infettive, pieno di malati colpiti da influenza A". Tante le segnalazioni che giungono anche al Tribunale per i diritti del malato (Tdm). C'è il caso del paziente ricoverato per una polmonite che viene colpito dallo *Pseudomonas*, batterio molto virulento. "Quando è morto - fanno sapere dal Tdm - i medici non hanno ritenuto opportuno effettuare l'esame autoptico perché le cause erano evidenti: infezione ospedaliera". E ancora. "C'è la mamma - racconta il Tdm - che ci riferisce di suo figlio che, ricoverato a seguito di un incidente stradale, ha contratto l'osteomielite", un'infezione dell'apparato osteo-articolare. "Ha riportato danni fisici irreversibili e psichici". C'è poi il caso del ragazzo ricoverato per una frattura a una gamba che, a causa di una placca esterna infettata, è morto a soli 37 anni. Dalle analisi infettivologiche e si è appurato che era affetto da *Stafilococco aureus*". Le infezioni non costano solo tante sofferenze ai pazienti che le contraggono. Oltre a essere un'insidia per la salute, sono infatti anche un costo salatissimo per il Servizio sanitario nazionale. "L'impatto economico sul sistema sanitario - spiega la presidente Simpios, Rigobello - è superiore a 1 miliardo di euro all'anno e l'onere maggiore è rappresentato dal prolungamento della degenza: il 7,5-10 % delle giornate di ricovero è infatti imputabile all'insorgenza di una complicanza infettiva". La comunità scientifica internazionale e Istituzioni quali l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e l'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc) sono concordi nel sostenere la necessità di contrastare questo fenomeno con programmi di formazione, di prevenzione, di sorveglianza epidemiologica e di controllo. "Addirittura in molti Paesi - sottolinea Rigobello - la frequenza delle infezioni ospedaliere è uno degli indicatori della qualità assistenziale". Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), organismo di coordinamento tra il ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze, ha promosso una serie di progetti in tema di prevenzione e sorveglianza delle infezioni ospedaliere. Iniziative che sembrerebbero far emergere notevoli differenze tra Regioni nelle modalità di attuazione dei programmi. "Gli ospedali più attivi - spiega Rigobello - sono prevalentemente collocati in regioni che hanno definito programmi di intervento, quali Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Friuli. In queste regioni - aggiunge - sono presenti programmi e/o strategie: i modelli organizzativi possono essere diversi, ad esempio il Piemonte ha individuato appositi indicatori organizzativi, di controllo e sorveglianza che, se non adottati o non raggiunti annualmente, penalizzano economicamente la direzione generale dell'ospedale. Questo sistema 'premiante' ha consentito di avere negli anni una rete organizzativa

efficace, che lavora costantemente a tempo pieno sul problema". Un altro esempio è la realizzazione della campagna "Clean Care is Safer Care", promossa dall'Oms a livello mondiale nel 2005. La campagna aveva l'obiettivo di promuovere l'igiene delle mani degli operatori sanitari in quanto misura universalmente riconosciuta e fortemente raccomandata nella prevenzione delle infezioni ospedaliere. In Italia la partecipazione è stata molto ampia: 15 Regioni o Province autonome, 127 aziende sanitarie, 175 ospedali, 285 unità operative, per un totale di più di 9 mila operatori coinvolti. "Questi esempi - sottolinea Rigobello - dimostrano chiaramente che a supporto dell'organizzazione di un ospedale è basilare la presenza e la presa in carico del problema delle Istituzioni, in caso contrario, il fenomeno delle infezioni ospedaliere è destinato a non migliorare. Ultima riflessione ma non certo di minore importanza, riguarda il coinvolgimento del cittadino alla propria cura e salute. Anche in questo caso - conclude l'esperta - esperienze svolte soprattutto all'estero, dimostrano che una buona politica di prevenzione delle infezioni richiede in primis l'impegno dei professionisti della salute e la corretta informazione e partecipazione della persona ricoverata".

La Repubblica

Tor Vergata, preso lo sciacallo della Terapia intensiva

GABRIELE ISMAN

APRIVA gli armadietti del Pronto soccorso, della Rianimazione e della Terapia intensiva al policlinico di Tor Vergata e li svuotava. A volte il bottino era anche ricco, perché, negli ultimi due reparti, i parenti dei ricoverati lasciavano i propri effetti personali per indossare i camici sterili prima di andare a visitare i loro cari. Sono almeno 15 i colpi, limitandosi a quelli denunciati, attribuiti al ventottenne romano pluripregiudicato, arrestato l'altra notte nello stesso policlinico dai carabinieri della stazione di Tor Vergata e della compagnia di Frascati.

La catena di furti andava avanti da due settimane circa. Per portare a termine i colpi - il cui numero esatto è ancora in fase di accertamento ma che potrebbero essere anche una trentina - utilizzava una forcina o una piccola lima con cui apriva facilmente le serrature degli armadietti. A portare i carabinieri sulle tracce del pregiudicato sono state le testimonianze dei pazienti e dei loro parenti che lo avevano notato aggirarsi tra i reparti. Per arrestarlo, due carabinieri in borghese si sono finti malati in attesa di essere visitati al Pronto soccorso, e così, l'altra notte, quando il ladro è entrato in azione per l'ennesimo furto, lo hanno bloccato e arrestato, mentre altri colleghi erano davanti ai monitor della sorveglianza interna. Ieri mattina si è celebrato il processo per direttissima: per i soli colpi al Pronto soccorso, è stato condannato a un anno e otto mesi di reclusione. Poi verrà il processo per gli altri episodi. Al momento dell'arresto, ai carabinieri aveva detto: «Poi tanto esco».

Il Mattino di Padova

Mestre maggior responsabile dell'aumento dei debiti (+1855%), critiche a convenzioni e consulenze

Bocciata la sanità di Galan e Lega

Corte conti: «I project e Verona compromettono la tenuta finanziaria»

FILIPPO TOSATTO

VENEZIA. C'è una mina vagante nei conti del Veneto: è il Project financing contratto dall'Usl 12, che ha attinto ingenti capitali privati per realizzare il nuovo ospedale di Mestre. Gli oneri finanziari conseguenti, a carico della Regione, sono schizzati così da 0,9 (2007) a 17,6 milioni (2009) con un incremento pari al 1855%. L'allarme arriva dalla relazione che la Corte dei Conti dedica ai bilanci dell'ultimo anno di presidenza di Giancarlo Galan.

Illustrando le conclusioni del documento nell'aula di Palazzo Ferro Fini, la presidente della sezione di controllo della Corte - Diana Calaciura Traina - ha riconosciuto al governatore uscente il rispetto degli equilibri di bilancio e dei vincoli del patto di stabilità, stigmatizzando però il saldo negativo di 536 milioni, in controtendenza rispetto agli anni precedenti.

A determinare il passivo, le cifre della sanità, non a caso divenute terreno di scontro tra gli alleati-rivali Lega e Pdl - di fatto artefici di un duopolio nel settore - e in secondo luogo i disavanzi delle società partecipate regionali.

Per quanto riguarda il welfare (che da solo assorbe l'82% delle risorse stanziare) il deficit delle 24 aziende sanitarie ha scontato una perdita «Accertata e non coperta» di 101,5 milioni, tale da imporre «Un più stretto controllo sui conti». Note dolenti dall'aumento di spese nell'acquisto dei beni e servizi (in particolare prestazioni da privati) e dall'esposizione verso i fornitori privati. Ma ciò che preoccupa di più i magistrati contabili è l'ormai fatidica operazione finanziaria dell'Angelo, tanto che la Corte invita Palazzo Balbi a «Monitorare con attenzione» gli altri project financing avviati - l'ampliamento degli ospedali di Castelfranco e Montebelluna, la ristrutturazione del Cà Foncello di Treviso, il nuovo ospedale di Santorso nell'Alto Vicentino - e ad «Alleggerire» i costi di tale procedura.

Un focus speciale è riservato alla rete ospedaliera che nel Veronese - feudo dell'ex assessore alla sanità Flavio Tosi e del fedele successore Luca Coletto - è giudicata «Oggettivamente ridondante rispetto al

panorama regionale e nazionale»; nella terra dell'ex assessore alla sanità l'effetto di «Un'offerta eccessiva di posti letto» si ripercuote sia nel tasso di ospedalizzazione che nei costi assistenziali, causa determinante del disequilibrio economico delle Usl. In particolare, osserva la Corte, «Accanto ad una rete ospedaliera pubblica sovradimensionata rispetto alla popolazione di riferimento, l'Usl 22 comprende due tra le strutture convenzionate più importanti del Veneto (Negrar e Pederzoli) che non si differenziano sostanzialmente tra loro per le specialità mediche e chirurgiche e, nel contempo, aumentano l'offerta di assistenza». Così, l'effetto di attrazione dei due poli privati convenzionati «Altera anche i conti dell'Usl 20» nonostante i poli pubblici di Borgo Trento e Borgo Roma siano confluiti nell'Azienda ospedaliera universitaria integrata.

Analogo squilibrio tra pubblico e privato, anche se in dimensioni minori, compare nel Polesine: «Se per la parte pubblica va verificato il ruolo dell'ospedale di Trecenta a fronte del servizio già erogato da Rovigo ed Adria, è altrettanto opportuno valutare le convenzioni con il privato "provvisoriamente accreditato" che sembra presentare una capacità erogativa eccessiva rispetto alla popolazione residente». Neanche Belluno esce indenne dalla disamina, stante «Una poco razionale distribuzione» degli ospedali tra Usl 1 (Belluno, Agordo, Auronzo, Pieve di Cadore e Cortina) e 2 (Feltre e Lamon) e l'«Incertezza» in cui versa la sperimentazione gestionale dell'ospedale Codivilla Putti di Cortina.

Un plauso, invece, alle tre Usl trevigiane, dove «L'equilibrio di bilancio si coniuga con l'efficienza delle strutture, ben bilanciata nel rapporto ospedale-territorio»; e alla sanità padovana, dove Usl 16, Azienda ospedaliera e Iov hanno intrapreso un «Percorso virtuoso nella diminuzione della perdita di esercizio». Promossi anche i manager vicentini: «Il contenimento delle perdite di esercizio iniziato nel 2007, dopo una breve interruzione, è stato ripreso in modo cospicuo nel 2009».

Corriere del Veneto

Troppi ospedali, tre province sotto accusa

I giudici: «Offerta eccessiva a Verona, Belluno e Rovigo: genera costi e squilibri»

VENEZIA C'è poco da fare, si deve tagliare. Tagliare. Tagliare. In Veneto ci sono troppi ospedali e fino a che non si inchioderà qualche porta con le assi, il sistema sanitario veneto continuerà a boccheggiare tra deficit, disavanzi, addizionali minacciate ed intimidazioni a mezzo ticket. L'ha ribadito la Corte dei Conti, a chi ancora non l'avesse capito (o non lo volesse capire), durante il consueto report annuale sul bilancio della Regione, che pure non ha chiuso malissimo il 2009: il patto di stabilità è stato infatti rispettato, l'indebitamento è stato arginato, la spesa per il personale è stata ridotta del 2%, ossia di 3 milioni di euro, ed i conti, alla fine, risultano in equilibrio. La rete ospedaliera, però, così non va. L'ha messo nero su bianco la presidente della sezione regionale di controllo dei giudici contabili, Diana Calaciura: «In alcune realtà, Verona in primis ma anche Rovigo Belluno, risulta oggettivamente ridondante rispetto al panorama regionale e nazionale e l'effetto di un'offerta eccessiva di posti letto lo si riscontra sia nel tasso di ospedalizzazione, sia nei costi assistenziali, causa determinante del disequilibrio economico delle aziende». C'è poi la difficile convivenza con i privati, per cui «sarebbe opportuno verificare l'adeguatezza delle convenzioni in atto, allo scopo di eliminare eventuali duplicazioni dei reparti». E il caso ad esempio dell'Usl 22, nel Veronese, dove ad una rete pubblica «sovradimensionata» si aggiungono le strutture private di Negrar e Pederzoli, oppure di Rovigo, dove coesistono gli ospedali pubblici del capoluogo, di Trecenta e di Adria, il presidio di Porto Viro e i convenzionati di Occhiobello e di Rovigo. Ed anche la situazione di Belluno, con la «poco razionale distribuzione degli ospedali tra l'Usl 1 e l'Usl 2 e l'incertezza in cui versa la sperimentazione gestionale del Codivilla Putti di Cortina» non lascia tranquilla la Corte dei Conti. All'origine del deficit del 2009, inizialmente di 522 milioni di euro, poi ridotto a 101,5 milioni ed infine ripianato con la gestione commissariale Zaia, vi è anche l'esplosione dei costi finanziari del project financing dell'ospedale dell'Angelo di Mestre, che hanno fatto schizzare la voce «altri oneri» da 900 mila euro a 17,6 milioni, con un incremento del 1855,6%. La Corte invita calorosamente la Regione ad approfondire i termini dell'accordo ed a tenere sott'occhio i project di Castelfranco e Montebelluna, di Treviso e di Santorso, nel Vicentino, verificando la possibilità di «alleggerirne il peso» visto che «tali costi sono destinati ad incidere sugli equilibri finanziari della sanità veneta». In deciso aumento ci sono pure gli interessi moratori verso i fornitori, perché le Usl pagano in ritardo o non pagano proprio (da 16,5 milioni a 36 milioni, più 118%), la spesa farmaceutica (più 11%) ed i premi d'assicurazione (più 13%). -Tirate le somme, si confermano virtuose le Usl di Feltre, Thiene, Pieve di Soligo, Treviso e Cittadella mentre beccano il cartellino giallo (l'ennesimo) Venezia, Padova, Rovigo, Verona e Bussolengo. «Siamo giunti al nostro "momento Sputnik"-commenta l'assessore al Bilancio Roberto Ciambetti citando Obama -con difficoltà ed impegni presi in passato che limitano non poco le nostre possibilità. Dobbiamo comunque assumerci la responsabilità di ridurre il deficit, abbattere le spese ed avviare un percorso di riforme». Replica caustico Piero Ruzzante, vicepresidente Pd della prima commissione: «Sarebbe già una conquista approvare il bilancio o perlomeno l'esercizio provvisorio. Siamo l'unica Regione costretta in questo limbo, che ci tiene bloccati e ci limita alle sole spese obbligatorie». Chiude Luca Coletto, assessore (veronese) alla Sanità: «Ci sono delle criticità, lo sappiamo. Le risposte

arriveranno con il nuovo piano socio sanitario ma attenzione, riorganizzare non significa tagliare. La priorità resta la tutela della salute dei cittadini». Marco Bonet

Corriere del Mezzogiorno

Un buco da 50 milioni: La Asl presenta il conto

Sanitopoli, sarà chiesto il sequestro dei beni

TARANTO Penalmente la prima grande inchiesta sulla «sanitopoli» jonica in cui furono arrestati due ex direttori generali ed altri venticinque tra funzionari Asl, imprenditori e faccendieri finirono indagati, si è conclusa con un bagno di prescrizioni poche condanne. Ma è la giustizia civile, ora, che bussa alle porte dei condannati con una richiesta risarcitoria di 50 milioni di euro oltre alle spese di sei anni di udienze concluse con 27 condanne in primo grado e quasi tutti prescritti in appello. A battere cassa è l'azienda sanitaria di Taranto che ieri ha dato incarico all'avvocato Antonio Raffo per dare esecuzione al sequestro conservativo e successiva confisca, sino al raggiungimento dei 50 milioni di euro, dei beni di proprietà dell'imprenditore Armando Parnasso, dell'ex direttrice amministrativa Antonia Manghisi e i funzionari pubblici Genoveffa Marseglia, Raffaele Bruno Lo Savio, Antonio Giovanni Lo Savio, Alessandro Saracino e le società Immobilgest Srl, Pegasus Srl e Columbus Srl. Il piccolo tesoro finirà nelle casse della Asl, infangata e danneggiata dal sistema tangenzio portato alla luce dalla Guardia di finanza. In sede di giudizio, la Asl di Taranto che si era costituita parte civile, aveva presentato un conto pari a 300 milioni di euro ridotti di un sesto dal presidente della sezione distaccata di Taranto della Corte d'appello di Lecce che chiudeva l'udienza di secondo grado con un «non luogo a procedere per avvenute prescrizioni» e il sequestro conservativo, sino alla concorrenza di 50 milioni, di tutti i beni mobili e immobili di proprietà di chi è stato ritenuto a capo delle macchinazioni che portarono allo sbandamento della sanità jonica e in galera una ventina di persone. Lo scandalo esplose nei primi mesi del 2002 con l'arresto dell'allora direttore generale della Asl, Vito Armenise, portò a processo ventisette persone tutte condannate in primo grado: quattordici anni di reclusione per Armando Parnasso, nove all'ex direttore generale della Asl Armenise, due anni all'allora consigliere regionale del Movimento per le autonomie, Simone Brizio (in seguito rimosso per questa condanna). A giugno del 2008 il Tribunale di Taranto mise così il primo punto sul grande scandalo che aveva travolto la Asl ferita da un sistema dove si pilotavano gli appalti per decine di milioni di euro. Imprenditori e pubblici dipendenti emisero fatture false per operazioni inesistenti per circa 6 milioni di euro. Da quel filone d'inchiesta le fiamme gialle aprirono il varco ad altre indagini con altri manager coinvolti tra cui il successore di Armenise, Giuseppe Brizio, papà dell'ex consigliere regionale Simone. Per moltissimi il reato è stato prescritto, nessuno ha ancora pagato in solido per il danno arrecato. Nazareno Dinoi

Il Centro

Teramo, sanità in crisi. La Asl espone le tabelle con i tempi, la maglia nera va a Giulianova

Attese da record all'ospedale

Per un esame appuntamenti fissati anche dopo 450 giorni

TERAMO. Per Giulianova e gli altri presidi provinciali, 449 e 450 sono i giorni di attesa per una densitometria femorale, 196 e 130 giorni per una mammografia bilaterale. Sempre a Giulianova per poter effettuare una pancolonoscopia bisogna aspettare 147 giorni, negli altri tre ospedali teramani sono necessari 310 giorni per una risonanza magnetica. Sono solo alcuni dati delle liste d'attesa record che la Asl ha reso pubbliche.

Corriere del Mezzogiorno Napoli

Emigrato muore per il virus A. E' la quinta vittima campana

NAPOLI Sale a cinque il bilancio dei decessi in Campania a causa del virus per H1n1. L'ultima vittima dell'influenza è un uomo di 51 anni, residente in Germania ma ricoverato dal 6 gennaio scorso all'ospedale di Oliveto Citra (Salerno). Arrivato in Italia (a Buccino) per trascorrere assieme alla famiglia le vacanze di Natale, il cinquantunenne era stato ricoverato nel reparto di Anestesia e Rianimazione del San Francesco D'Assisi con una diagnosi di insufficienza respiratoria acuta legata ad una broncopneumonia. «Lo scorso 11 gennaio è risultato positivo all'infezione da virus H1n1 e si è anche registrato un peggioramento progressivo delle condizioni generali, fino ad un grave quadro di insufficienza respiratoria spiega il dottor Fernando Chiumiento, direttore del reparto di rianimazione e anestesia. Successivamente, dopo un iniziale miglioramento, si è verificata un'insorgenza di insufficienza cardiaca ed insufficienza renale. Ieri mattina, poi, la morte». Al di là di qualche sporadico caso grave non si registra alcun allarme al Cotugno «In rianimazione abbiamo un solo paziente ricoverato dice Franco Faella, primario del dipartimento di Urgenze infettivologiche le sue cui condizioni sono serie ma non tali da destare preoccupazioni». Un solo paziente in Rianimazione anche al II Policlinico. Ai casi di H1n1 si sommano poi quelli di influenza «ordinaria». Le prossime due settimane, stando al parere degli esperti, dovrebbero essere quelle più critiche.