

Rassegna del 30/06/2010

GIORNALE PIEMONTE - Parto indolore 24 ore su 24 - ...

1

SANITÀ D'ECCELLENZA AL MASSAIA

Parto indolore 24 ore su 24

L'ospedale astigiano è tra i pochissimi in Italia ad assicurare il servizio continuativo

da Asti

Partorire senza dolore ad Asti si può. Il «Cardinal Massaia» è infatti tra i pochi ospedali italiani (appena il 16 per cento) ad assicurare, 24 ore su 24 ore, l'analgisia epidurale: una prestazione di eccellenza e, insieme, una tecnica consolidata per i medici, che hanno iniziato ad applicarla, alla fine degli Anni Novanta, alla Maternità di via Duca degli Abruzzi per poi proseguire nel nosocomio di corso Dante. Allora, come oggi, fautori di questa scelta sono stati Silvano Cardellino e Maggiorino Barbero, primario di Anestesia e Rianimazione il primo, di Ostetricia e Ginecologia il secondo. Proprio nei giorni scorsi la Struttura di Anestesia e Rianimazione ha organizzato, nella sede Asl, un convegno nel quale una cinquantina di specialisti provenienti da vari ospedali italiani hanno discusso sulle più innovative tecniche per il controllo del dolore del parto. Il professor Franco Carli, direttore del Dipartimento di Anestesia e Medicina Perioperatoria della McGill University di Montreal (Canada) ha tenuto una lezione magistrale sull'uso delle tecniche di analgesia epidurale per accelerare il recupero e migliorare il benessere dei pazienti dopo un intervento chirurgico. La «squadra» di Cardellino che ruota intorno alla partoanalgesia (riduzione del dolore durante il travaglio) è composta da otto anestesisti, su un totale di 27 in servizio, che intervengono anche sul parto con taglio cesareo. «Con l'analgisia epidurale - dice la dottoressa Elisabetta Fanzago, coordinatrice - togliamo dolore senza creare effetti collaterali alla donna e al nascituro: data la bassa concentrazione dell'anestetico locale e dell'analgesico

utilizzato non si hanno, infatti, effetti farmacologici nocivi sulla madre e sul feto. Attualmente l'analgisia epidurale è la metodica più efficace nel blocco del dolore a livello dei nervi provenienti dall'utero. Il blocco è eseguito in prossimità del midollo spinale, nello spazio epidurale, utilizzando un catetere molto sottile, inserito nella schiena a livello lombare, attraverso un ago speciale: il catetere resta in posizione per tutta la durata del parto per permettere la somministrazione ripetuta o continua dell'anestetico». I vantaggi di questa tecnica sono numerosi: «L'analgisia può essere iniziata - indica il primario Cardellino - in qualsiasi momento del travaglio, modulabile nelle varie fasi di quest'ultimo e prolungabile a seconda delle necessità. La partorientente rimane sveglia e può collaborare attivamente con l'ostetrica e l'anestesista, assistendo alla nascita del bambino e vivendo questa meravigliosa esperienza con maggiore serenità». Nei primi quattro mesi dell'anno, i parti avvenuti al Massaia sono stati 469, di cui 94 (26,7 per cento) con anestesia epidurale: per fine anno si punta a raggiungere il 30 per cento. «Non tutte le future mamme, nel momento in cui si rivolgono alla nostra struttura - indica il primario Maggiorino Barbero - sono informate sulla possibilità di partorire in analgesia. Il nostro obiettivo è di estendere questa pratica a un numero maggiore di partorienti: l'azione di sensibilizzazione partirà dalle donne che si rivolgono al Consultorio familiare per frequentare i corsi di preparazione al parto». Attualmente la Struttura di Ostetricia e Ginecologia astigiana è tra le prime in Piemonte per numero di parti: 1.600 quelli avvenuti nel 2009.



Rassegna del 30/06/2010

TEMPO - In Italia la metà dei nati è figlia del coito interrotto - ...

1

Dati della Sigo

In Italia la metà dei nati è figlia del coito interrotto

■ Che l'educazione sessuale sia un punto «debole» nella formazione degli adolescenti, maschi e femmine, lo dimostrano i dati sull'uso della pillola e del coito interrotto elaborati dalla Sigo, la Società italiana di Ginecologia e Ostetricia. Ogni anno dalla Valle d'Aosta alla Sicilia nascono 100.000 figli del coito interrotto. Ed è per certi versi scontato che il numero sia così alto visto che il nostro Paese è agli ultimissimi posti per quanto riguarda l'uso della pillola contraccettiva (tasso di utilizzo fermo allo stesso livello del 1999) e del preservativo. A questa cifra si arriva dimezzando i lieti eventi del 2008, che sono stati 576.659. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, nel mondo occidentale le gravidanze non pianificate sono infatti il 50%. La stima della Sigo è che il 30% dei concepimenti siano frutto di questa tecnica. La mancanza dell'uso di preservativo è invece testimoniata dalla continua crescita delle malattie sessualmente trasmesse, dalla sifilide alla gonorrea, con un boom di condilomi soprattutto fra gli under 25. Due i fenomeni più evidenti: la percentuale di interruzioni di gravidanza nella fase adolescenziale non è diminuita negli ultimi 20 anni e sono 10 mila le gravidanze nelle adolescenti, ogni anno.



PERCHÉ DA NOI VALE ANCORA IL BIBLICO «PARTORIRAI CON DOLORE»

 Scegliere come partorire è un diritto. Partorire senza dolore anche. Restando svegli, accogliendo tra le braccia il proprio neonato. E potendolo anche allattare da subito. Il momento più bello di una donna, in condizioni psicologiche ottimali. Si può fare con l'anestesia epidurale, o peridurale. Una novità? No. Esiste dal 1885. In Gran Bretagna la regina Vittoria partorì così. Eppure in Italia è ancora una chimera.

Strano Paese il nostro. Detiene il primato mondiale di parti cesarei con il 40% di media (un bambino su 4), triplicati negli ultimi 20 anni, e le ultime posizioni in nascite con l'epidurale. Scelta dal 70% delle partorienti nel Regno Unito, dal 60 in Spagna, dal 35 in Francia, dal 30 in Germania, e solo dal 10 in Italia. Perché? Perché non garantita ovunque e non sempre è gratuita. Tutto cambia da Regione a Regione, da ospedale a ospedale. La «balcanizzazione» della nostra sanità presenta un tariffario composito: da zero euro, in alcuni casi solo per le donne dai 39 anni in su (le giovani devono soffrire?), fino ai 350-800 euro. Anche nel pubblico. In generale, soltanto il 16% degli ospedali ita-

liani garantisce il parto con l'epidurale, 24 ore su 24 e gratuito. Così, in alcune realtà, per partorire senza dolore si accetta l'offerta del cesareo in anestesia generale. Con punti, degenza e dolori post chirurgici. Non solo: nel 50% dei casi il motivo del cesareo non viene indicato.

E negli ospedali con il bollino rosa, l'eccellenza garantita da Onda (l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna), cosa accade per l'epidurale? Oggi a Roma, al **ministero della Salute**, il presidente di Onda Francesca Merzagora presenta l'elenco dei vincitori 2010 per la loro attenzione alle donne ricoverate. Verranno premiate 122 strutture (51 con tre bollini rosa, 50 con due e 20 con uno). Con un'indagine sull'epidurale nei 37 ospedali con ostetricia che nel 2009 hanno vinto i 3 bollini rosa. Nel 72% dei casi l'epidurale è offerta per scelta dell'ospedale, nell'86% è gratuita, nel 90% è disponibile 24 ore su 24. Ma salta se l'anestesista in quel momento è impegnato in sala operatoria. Insomma, partorire senza dolore è un diritto, ma non garantito.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GRAVIDANZA MENO RISCHI PER IL FETO CON L'ESAME DEL DNA ALLE FUTURE MAMME Amniocentesi test superato. «In futuro basterà un prelievo di sangue»

Roma — L'amniocentesi, l'esame non privo di rischi cui molte donne gravide si sottopongono per svelare eventuali malattie cromosomiche del bimbo che portano in grembo, in futuro potrà essere sostituito da test su comuni prelievi di sangue. A riferirlo sono stati alcuni ricercatori al convegno della Società europea di embriologia. Esami che potranno diventare di routine nel giro di qualche anno: «Siamo riusciti a utilizzare sonde genetiche e molecolari — ha affermato Suzanna Frints, genetista olandese — per rilevare il Dna del feto in campioni ematici prelevati da donne in stato interessante. La tecnica consente di individuare il codice genetico fetale nel torrente circolatorio delle donne incinte da almeno 6-8 settimane e fa parte di un kit già sviluppato e utilizzato in tutto il mondo per rilevare anomalie cromosomiche nel liquido amniotico o nei campioni di villi coriali prelevati dalle donne in gravidanza con metodiche invasive».



Allarme della Regione: mancheranno 320 milioni. Oggi il piano: agli ospedali solo i casi gravi

Meno medici e code più lunghe ecco l'effetto dei tagli alla sanità

LA SANITÀ lombarda rischia di perdere 320 milioni di euro con la manovra Tremonti. Con un taglio di circa 8 mila medici e infermieri. C'è il rischio di una paralisi di servizi con liste di attesa più lunghe e corsie svuotate di personale. Oggi la giunta del Pirellone approva il piano triennale socio sanitario regionale. Regole per gli accreditamenti più severe, estese non più solo agli ospedali, ma anche alle case di riposo. Si potenzia il territorio, lasciando agli ospedali solo la cura dei casi più gravi.

ASNAGHI,
MONTANARI E VANNI
ALLE PAGINE IV E V

Meno fondi e stop al turnover sanità lombarda a rischio paralisi

L'allarme del Pirellone: taglio di 320 milioni da Tremonti

320

MILIONI

Sono 320 i milioni di euro che rischiano di essere tagliati dal bilancio della sanità lombarda, che ammonta a 16 miliardi e mezzo di euro. Di qui il rischio di un pesante giro di vite sui conti degli ospedali di tutta la regione e delle Aziende sanitarie locali

7.000

PERSONALE TAGLIATO

In cinque anni, dal 2003 al 2008 la Lombardia ha fatto, in anticipo, una politica di riduzione degli organici, perdendo 7 mila medici e infermieri tutti andate in pensione senza essere sostituite. Ora, però, con il maxi decreto si rischiano ulteriori tagli

100mila

ORGANICO

I camici bianchi in Lombardia sono 100 mila e comprendono sia medici che infermieri. Ma gli organici della sanità sono sotto attacco. Con il blocco del turnover al 20 per cento, solo un medico su cinque potrà essere sostituito con gravi conseguenze sull'assistenza

8mila

A RISCHIO

Secondo le stime del sindacato, se sarà varata la manovra finanziaria la Lombardia perderà 2 mila medici e 6 mila infermieri che operano negli ospedali e nelle Asl, una grossa emorragia di personale che avrà conseguenze gravi

Le cifre

LAURA ASNAGHI

RISCHIA la paralisi la sanità lombarda. Se passa la manovra Tremonti scatteranno pesanti tagli ai bilanci degli ospedali e delle Asl, le liste d'attesa si allungheranno e gli organici dei medici e degli infermieri saranno ulteriormente ridotti all'osso. L'allarme, lanciato inizialmente dai sindacati, adesso è condiviso anche dal Pirellone, tanto che cominciano a girare cifre molto preoccupanti sui riflessi del decreto sui conti della sanità. Se, come viene ventilato, la scure sui fondi destinati, a livello nazionale, ad ospedali e Asl taglierà di netto 2 miliardi, la Lombardia perderà

320 milioni su un bilancio complessivo di 16 miliardi e mezzo. E con meno soldi in cassa, la sanità sarà costretta a varare un nuovo e pesante giro di vite. Che tradotto significa taglio sui servizi, attese più lunghe e difficoltà a rinnovare le attrezzature tecnologiche.

Ma i pericoli non finiscono qui. La sanità lombarda, pur essendo la più virtuosa d'Italia e con i conti in pareggio, rischia di diventare più povera e con le corsie ulteriormente svuotate di medici e infermieri. Secondo i calcoli del sindacato, con il blocco del turnover, si potrebbe verificare un'emorragia di 2 mila medici e di altri 6 mila infermieri. In totale



8mila camici bianchi in meno che andrebbero a sommarsi agli oltre 7mila dipendenti che, dal 2003 al 2008, sono andati in pensione e non sono stati più sostituiti. Ma se finora il delicato equilibrio sul fronte degli organici ha retto, ora rischia di sgretolarsi sotto il peso del maxi-emendamento Tremonti, compromettendo l'assistenza a più livelli. Infatti, con il blocco del turnover al 20 per cento, solo un medico su cinque potrà essere assunto. «E le conseguenze sono facilmente immaginabili — spiega un addetto ai lavori — se in un ospedale vanno in pensione un chirurgo, un neurologo, un anestesista, un nefrologo e un ortopedico, ne posso sostituire solo uno. Quindi si potrà rimpiazzare un medico di una specialità mentre per le altre quattro non si potrà fare nulla. Ma in queste condizioni la sanità si paralizza». La situazione è critica e la Lombardia, che ora può contare su un organico di 100mila persone rischia di scendere a quota 92mila persone, mandando in tilt il sistema.

E mentre la Lombardia, con le altre regioni, si batte contro il decreto, Giorgio Lambertenghi, a nome dell'Associazione milanese dei medici cattolici, denuncia «difetti strutturali» che minano la sanità lombarda. Tra gli altri, la «gestione politica» del settore pubblico che «non ha prodotto significativi miglioramenti rispetto al passato» e «non ha fatto della competenza il criterio guida nella selezione del personale medico». L'altro grosso problema segnalato da Lambertenghi è quello della concorrenza tra pubblico e privato che «produce inquietanti distorsioni laddove il settore privato è gestito secondo la logica del puro profitto». E conclude: «Se la retribuzione dipende dalle prestazioni più vantaggiose per il datore di lavoro, il medico è indotto a non fare gli interessi del paziente».

Altri ottomila tra medici e infermieri, dopo i settemila già persi, non potranno più essere sostituiti



SANITÀ IN RETE

Sul sito milano.repubblica.it le opinioni dei lettori sul servizio sanitario regionale e sulle novità del progetto di riorganizzazione dell'assistenza

L'accreditamento non darà più automaticamente diritto a mettere le prestazioni a carico dei fondi pubblici

Nel nuovo piano sanitario giro di vite sui rimborsi agli ospedali privati



EQUIPE

I medici in Lombardia sono circa 100 mila e negli ultimi anni sono già ridotti grazie ad un blocco anticipato del turnover, con la manovra secondo le stime dei sindacati dovrebbe perderne altri 2mila

ANDREA MONTANARI

OGGI la giunta del Pirellone approva il piano socio sanitario messo a punto dall'assessore regionale leghista Luciano Bresciani. Una vera rivoluzione. Che trasforma la sanità lombarda uscita dalla riforma di Roberto Formigoni. Per renderla meno ospedalocentrica e più vicina al territorio, lasciando agli ospedali solo la cura dei casi più gravi e trasferendo l'assistenza dei malati cronici o dei casi acuti nelle case o in strutture più piccole. Come chiesto più volte anche dal ministro della Salute Ferruccio Fazio.

Ma la vera svolta riguarda il sistema per l'accreditamento che, nelle intenzioni, diventa molto più rigoroso. Non solo perché punta ad estendere anche al settore sociale (case di riposo e di assistenza per anziani) le regole più stringenti (autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione) già in vigore per le strutture sociosanitarie. Ma, soprattutto,

Andranno rispettati gli obiettivi. Il sistema esteso anche

alle case di riposo e agli altri centri di aiuto agli anziani

perché punta a «separare nettamente la qualificazione conseguita attraverso l'accreditamento, dalla possibilità di porre a carico dei fondi regionali le prestazioni». In altre parole, anche le strutture già accreditate — oltre alla verifica triennale in vigore per certificare l'efficienza delle prestazioni erogate, i tempi di attesa e i livelli di qualità — perderanno l'accreditamento se non raggiungeranno gli obiettivi posti dalla Regione. In pratica, si toglie qualsiasi automatismo tra «la qualificazione conseguita e il pagamento da parte della Regione delle prestazioni erogate».

Trentadue pagine suddivise in dieci capitoli che ridisegnano il sistema della sanità lombarda puntando a un risparmio dei costi e a una riduzione degli sprechi. A cominciare dalla semplificazione amministrativa «per favorire la trasparenza, dare certezza nei tempi di risposta, facilitare l'accesso ai servizi e la realizzazione di una rete integrata».

Il cittadino, ad esempio, avrà la possibilità di prenotare e pagare una prestazione senza la neces-

sità di doversi recare fisicamente in ospedale. Inoltre, sarà garantito al paziente l'accesso ai propri referti clinici evitando di doversi recare all'ospedale dove ha fatto gli esami. Il piano dell'assessore Bresciani introduce anche la possibilità di prenotare prestazioni specialistiche ed esami tramite il centro unico di prenotazione, via Internet, attraverso farmacie e medici di base.

La Lombardia rivendica di essere ai primi posti per la riduzione

Oggi la giunta vara il documento: tra le novità la "dote" per ogni paziente e l'obiettivo di



diminuzione dei ricoveri in corsia

dei costi amministrativi e gestionali rispetto alle altre regioni. L'ospedale, però, dovrà diventare sempre più un luogo tecnologicamente avanzato, dotato di strumentazioni di eccellenza, dove il paziente deve rimanere il tempo strettamente necessario alla cura della sua fase acuta. La funzione territoriale dell'ospedale riguarderà dunque il primo e il secondo grado di complessità della cura. Quelle successive verranno delegate alle strutture territoriali.

Il piano tiene conto del fatto che nei prossimi anni la dinamica delle risorse disponibili — per indicatori di domanda socio-demografici o socio-economici indipendenti dal sistema sanitario — potrebbe creare un incremento dei costi che andranno neutralizzati con un progressivo incremento dell'efficienza e dell'appropriatezza, attraverso scelte più responsabili.

Un altro importante capitolo riguarda il medico di base. Con lo sviluppo della "dote", ovvero la definizione di una dotazione per singolo paziente di risorse annuali attese per le prestazioni specialistiche ambulatoriali o di farmaci, che rappresenteranno l'obiettivo appropriato dei servizi.

Infine, il piano sanitario regionale prevede la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata e una forte spinta all'industria del settore per la creazione di apparecchiature miniaturizzate per facilitare la vita ai pazienti.



PRESTAZIONI

Le prestazioni delle strutture accreditate saranno rimborsate a condizione di raggiungere gli obiettivi fissati per le stesse

Sanità. Incontro tra federazione e Funzione pubblica

I certificati medici online inciampano nella firma digitale

L'ACCORDO

Per le parti il documento sarà valido anche in assenza dello strumento elettronico. L'autenticazione è garantita dal codice Pin

Andrea Monti

I certificati medici online diretti all'Inps - che dal 20 giugno hanno soppiantato definitivamente quelli cartacei - scartano sul nascere la firma elettronica o digitale e cercano un periodo di collaudo più lungo del mese preventivato. Motivo, le forti «criticità tecniche» riscontrate nei primi giorni del nuovo corso sia sull'infrastruttura sia sulle dotazioni dei medici (tutti sono chiamati indistintamente) che interfacciano con l'Inps. Le novità emergono da un incontro tenuto nei giorni scorsi, protagonisti la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo) e il ministero della Funzione pubblica. Dal confronto arriva tra l'altro un altro stop alla già

lenta e travagliata diffusione della firma digitale nel settore pubblico.

Nell'ambito delle procedure tecniche per la gestione dei certificati medici online da inviare all'Inps, infatti, i due enti hanno concordato sul fatto che «il certificato sarà comunque valido in assenza di firma autografa del medico e di firma digitale o elettronica essendo, sotto il profilo legale, configurabile come documento non opponibile a terzi e per il quale è sufficiente una "autenticazione forte", già garantita mediante codice

Pin (o carta operatore per le Regioni che dispongono di tale sistema)». Questa scelta organizzativa, sintetizzata nella circolare Fnomceo n. 53 del 23 giugno 2010, se da un lato rende indubbiamente più rapida l'interazione fra utente e servizio sanitario, dall'altro è in palese contrasto sia con il Codice dell'amministrazione digitale, sia con quello sul trattamento dei dati personali.

L'unico "oggetto informatico" equiparato per legge al documento cartaceo sottoscritto è il file al quale viene applicata, appunto, la firma qualificata. Tutto il resto può essere liberamente valutato in termini probatori dal giudice in sede di contenzioso, ma non ha lo status giuridico di «documento».

A questo si aggiunge l'incompatibilità di un sistema di accesso a dati personali sensibili (come sono appunto quelli trattati nel caso di specie) basato su un'autenticazione estremamente debole. Basta infatti ricordare, ad esempio, che i dati personali relativi al traffico telefonico devono essere accessibili solo ed esclusivamente tramite sistemi di autenticazione (realmente) forte, almeno uno dei quali basato su tecnologie biometriche.

È evidente, quindi, che anche sotto questo profilo la scelta presenta seri problemi di coerenza normativa e di sostenibilità pratica, in caso di contestazioni o illeciti legati a certificazioni difficilmente qualificabili come integre, non ripudiabili e non alterabili (i tre requisiti garantiti, appunto, dall'uso della firma qualificata).



Nonostante i conti in ordine dal 2003. A rischio le migliaia di assunzioni programmate

Sanità, tagli per 320 milioni

La Regione: «Blocco del turnover, sarà la paralisi»

È allarme al Pirellone per i conti della sanità. A rischio ci sono almeno 320 milioni di euro.

Blocco del turnover Sotto i colpi della manovra del ministro Giulio Tremonti i fondi destinati alla sanità della Lombardia sono destinati a ridursi del 2%. Un taglio che — dicono all'assessorato di via Pola — può compromettere le sostituzioni dei medici e degli infermieri, allungare le liste d'attesa e creare problemi nell'acquisto delle apparecchiature sanitarie.

Le trattative Tutti gli occhi sono puntati sul maxi-emendamento del governo atteso per metà luglio. In discussione c'è il capitolo più pesante del budget del Pirellone: quei 16,5 miliardi di euro che rappresentano il 75% dei bilanci della Lombardia. Trattative aperte nei Palazzi della politica.

A PAGINA 3
Ravizza

La polemica Dal Pirellone si sottolinea che dal 2003 i conti sono in ordine. A rischio le 5.500 assunzioni programmate fino al 2014

Sanità, tagli da 320 milioni. «Sarà paralisi»

La Regione: con la manovra bloccati il turnover di medici e infermieri e l'acquisto di apparecchi

E ora allarme al Pirellone anche per i conti della sanità. A rischio ci sono almeno 320 milioni di euro. La Finanziaria può rivelarsi una vera e propria spada di Damocle persino per gli ospedali lombardi (e non solo per quelli delle Regioni con i conti in rosso come Lazio, Campania, Abruzzo e Calabria). Sotto i colpi della manovra del ministro Giulio Tremonti i fondi destinati alla sanità della Lombardia sono destinati a ridursi del 2%. Un taglio che — dicono all'assessorato di via Pola — può compromettere le sostituzioni dei medici e degli infermieri che vanno in pensione, allungare le liste d'attesa e creare problemi nell'acquisto delle apparecchiature sanitarie.

In discussione c'è il capitolo più pesante del budget del Pirellone: quei 16,5 miliardi di euro che rappresentano il

75% dei bilanci della Lombardia. Sono ore cruciali, dunque, per la diplomazia dei Palazzi della politica. Tutti gli occhi sono puntati sul maxi-emendamento del governo atteso per metà luglio destinato a chiarire i contenuti della Finanziaria. L'obiettivo del Pirellone è scongiurare che la mannaia dei tagli s'abbatta sul funzionamento degli ospedali. I contraccolpi in Lombardia sono destinati, infatti, a essere più gravi che altrove. Qui i conti sono in pareggio dal 2003: gli sprechi — assicurano all'assessorato della Sanità — sono stati ridotti al minimo. Già nelle linee programmatiche del 2008 è stata prevista l'assunzione di un solo medico per ogni due pensionamenti. Complessivamente — negli ultimi cinque — anni sono usciti senza mai essere sostituiti

settemila tra medici e infermieri. E, per risparmiare sulle forniture ospedaliere, gli acquisti principali sono stati centralizzati da Lombardia Informatica. Forte dei conti a posto, a inizio giugno, dall'assessorato di via Pola erano arrivate rassicurazioni sulle 5.500 nuove assunzioni chieste dagli ospedali per gli anni 2011-2014: «Almeno l'80% delle domande di nuove assunzioni sarà soddisfatto. L'operazione sarà possibile — avevano spiegato — perché i conti della sanità lombarda sono in pareggio e gli stipendi per i 17 mila medici e gli 85 mila infermieri al lavoro pesano per meno del 40% nella spesa sanitaria complessiva (ossia 6 miliardi)». Da sempre preoccupate le associazioni di categoria: «In Lombardia sono a rischio almeno 3 mila posti»,

aveva calcolato Carlo Palermo, ai vertici della segreteria Anaa Assomed.

Tira un'aria pesante, insomma. La questione ruota intorno ai criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie. Finora Roma ha dato i soldi alle Regioni sulla base della spesa storica. Adesso fanno il loro ingresso i costi standard: i rimborsi, in pratica, sono destinati a essere ri-



conosciuti sulla base della spesa media delle Regioni più virtuose. Ma un giro di vite così pesante rischia di rivelarsi disastroso per le Regioni del Sud già in disavanzo. E, quindi, c'è la possibilità che vengano chiesti sacrifici anche alle altre Regioni. Quelle — come la Lombardia — senza buchi nei bilanci. È una possibilità che solleva preoccupazione tra i manager dell'assessorato alla Sanità. Il blocco del turnover con l'ingresso di un nuovo medico ogni cinque pensionamenti rischia di paralizzare il funzionamento degli ospedali.

Tutto dipende dalle scelte del ministro dell'Economia, Giulio Tremonti. Ma una cosa è certa: contro i tagli alla sanità è pronta a esserci un'alzata di scudi. Con Roberto Formigoni in prima linea: «Si sentono circolare voci nei retrobottega dei ministeri e tra i funzionari per cui ci si preparerebbe a diminuire il finanziamento alla sanità. Sarebbe un fatto gravissimo», aveva dichiarato il governatore già dieci giorni fa.

E adesso i rumors si fanno più insistenti.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

Le spese

Secondo l'assessorato il bilancio della sanità è in pareggio e gli stipendi pesano meno del 40%

I rimborsi

La Lombardia sperava di mantenere il criterio di finanziamento che favoriva le regioni più «virtuose»



Ai vertici Da sinistra il direttore generale Carlo Lucchina e l'assessore regionale alla Sanità Luciano Bresciani

16,5

I miliardi del budget della sanità nel bilancio della Lombardia

7 mila

I dipendenti del settore sanitario andati in pensione e non sostituiti

Ocse, giù l'inflazione Ma è allarme rosso sui costi della sanità

Prezzi freddi a maggio in Italia. Rispetto a un anno prima, l'inflazione è salita dell'1,4% mentre, sempre su base annua, in aprile era invece salita dell'1,5%. È quanto risulta dai dati Ocse diffusi ieri, secondo cui l'aumento dei prezzi ha subito in media una frenata nei Paesi dell'area, toccando in maggio il +2% annuo, dal 2,1% di aprile. Causa del raffreddamento è il calo dei prezzi dell'energia, che scendono dal 12,1% all'11%. Continua la corsa degli alimentari: i prezzi del food salgono dello 0,5% rispetto a un anno prima. Si tratta del terzo aumento mensile dopo un periodo di tassi negativi tra settembre 2009 e febbraio 2010. Al netto di alimentari ed energia, l'inflazione dei Paesi Ocse rimane invariata all'1,3% annuo. L'inflazione annuale, sempre secondo l'organizzazione



Angel Gurría

guidata da Angel Gurría, ha decelerato in media nei Paesi del G7, passando dall'1,7% di aprile all'1,6% di maggio. Questo l'andamento dei singoli Paesi: 1,4% in Canada (1,8% in aprile), 3,4% in UK (3,7%), 2,0 negli Stati Uniti (2,2%), 1,6% in Francia (1,7%). Unico Paese in cui è salita è la Germania: 1,2% in maggio contro 1,0% di aprile. In Giappone non si ferma la deflazione, con i prezzi che si attestano a -0,9%, anche se scendono al ritmo più basso dal maggio 2009. L'inflazione annua nell'area euro è salita all'1,6% in maggio dall'1,5% di aprile. Se i prezzi sono sotto controllo, è invece allarme sanità: per l'Ocse, la spesa

**L'indice sale dell'1,4% nel mese di maggio contro il 2% della media
Nella spesa per la salute Italia al di sopra degli altri**

sta aumentando più velocemente della crescita, e in rapporto al Pil è già salita in media dal 7,8% del 2000 al 9% nel 2008. L'Italia è leggermente al di sopra della media Ocse (9,1%) insieme all'Irlanda, superata tra gli altri da Francia, Germania, Grecia e Canada. Le cause della tendenza - cambiamenti tecnologici, aumento delle aspettative di vita - continueranno a far lievitare i costi nel futuro. L'Italia è prima in Europa per numero di apparecchiature mediche di diagnostica, come quella per la risonanza magnetica e gli scanner per l'ecografia: secondo l'Ocse, ne abbiamo di più - assieme alla Grecia - rispetto agli altri Paesi. L'eccessiva diffusione delle apparecchiature per la diagnostica - segnala l'organizzazione - ha costi molto alti.



Sperimentazione da domani Il farmacista arriva in corsia

Il farmacista arriva in corsia e affianca il medico per una gestione più attenta del farmaco. Da domani parte la sperimentazione, dieci farmacisti sono pronti a entrare in corsia in alcuni nosocomi come l'ospedale San Vincenzo di Taormina (Me), l'Istituto tumori Giovanni Paolo II di Bari, l'Istituto oncologico veneto di Padova, le Molinette di Torino e gli Ospedali riuniti di Ancona. La sperimentazione, prima nel suo genere in Italia, si concluderà a marzo 2011 con una giornata di presentazione del documento di indirizzo che illustrerà il modello di riferimento per avviare l'introduzione del farmacista di dipartimento nelle strutture sanitarie italiane.

Risparmiare il 40% della spesa per medicinali e ausili terapeutici (dai cerotti ai pacemaker) negli ospedali è un obiettivo ambizioso che si può raggiungere con l'impiego dei farmacisti di dipartimento in corsia, a stretto contatto con il medico.

I farmacisti così permetteranno una gestione più oculata del farmaco nei nosocomi, abbattendo inoltre del 30% le possibilità di errori come gli scambi delle medicine tra un paziente e l'altro. Dati sorprendenti ma reali, che si basano su risultati già registrati in alcuni ospedali italiani. Perciò il ministero della Salute, in collaborazione con la Società

italiana di farmacia ospedaliera e dei Servizi farmaceutici delle aziende sanitarie, la Federazione degli ordini dei farmacisti italiani, l'Associazione italiana di oncologia medica e la European association of hospital pharmacists (Eahp), ha avviato il progetto «farmacista di dipartimento».

La prima fase, dedicata alla formazione, si è svolta a Roma, presso il ministero e si è appena conclusa. «Apprezziamo molto - afferma Pietro Finocchiaro, segretario nazionale Sifo e Direttore del Servizio farmacia dell'Arnas Ospedale civico benfratelli di Palermo - la lungimiranza del ministero della Salute nel portare avanti questo programma, investendo risorse in un progetto così innovativo, a dimostrazione di quanto si creda nel valore aggiunto che la figura del farmacista di dipartimento apporti nelle aziende sanitarie in termini sia di sicurezza per i pazienti sia di razionalizzazione della spesa farmaceutica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Da domani farmacisti antisprechi in corsia

Al via la sperimentazione del progetto del ministero della Salute per ridurre del 40% la spesa dei medicinali e del 30% le possibilità di scambio di farmaci tra i pazienti

DA MILANO

Risparmiare il 40% della spesa per medicinali e ausili terapeutici (dai cerotti ai pacemaker) negli ospedali. Un obiettivo che si può raggiungere portando i farmacisti in corsia, a stretto contatto con i medici. Non solo: oltre alla riduzione dei costi, si abbattono del 30% le possibilità di scambio delle medicine. È il progetto Farmacista di Dipartimento messo a punto dal ministero della Salute e che domani entrerà nella fase di sperimentazione - si è appena conclusa quella formativa - alle Molinette di Torino, all'Istituto oncologico

veneto di Padova, agli Ospedali riuniti di Ancona, all'Istituto tumori Giovanni Paolo II di Bari e all'Ospedale San Vincenzo di Taormina. Dieci i farmacisti coinvolti che hanno acquisito le competenze necessarie per poter svolgere l'attività per ora in ambito oncologico e

oncoematologico. «In seguito, il nostro compito sarà quello di implementare questa figura in altre strutture e in altri processi, quali medicina, nefrologia, pediatria e terapia intensiva», ha spiegato Filippo Palumbo, capo dipartimento della Qualità del ministero. Secondo Marco Venturini, segretario nazionale dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), la scelta del medicinale per ogni paziente sta assumendo un ruolo sempre maggiore: «Trattamenti mirati, dosaggi ad hoc, monitoraggio dell'efficacia e del rapporto benefici-costi sono tematiche sempre più all'ordine del giorno e che per alcuni medicinali molto costosi come quelli oncologici assumono un'importanza fondamentale. Per questo la figura del farmacista inserito nei reparti di oncologia ed onco-ematologia, può produrre risultati concreti in termini di risparmi e riduzione degli errori».



Sanità Rinnovata l'équipe diagnostica, accentramento nelle sedi di Trento e Rovereto

Tumori al seno, la prevenzione scopre 65 casi l'anno

TRENTO — Ogni anno in Trentino vengono effettuate 42mila mammografie. Di queste, la metà viene fatta nell'ambito dello screening (dai 50 ai 70 anni), mentre le altre sono mammografie di donne con sintomi (10mila), e di donne senza sintomi (altre 10mila). Ed è proprio dalla prevenzione che arrivano dati interessanti: dai diecimila esami fatti a donne asintomatiche emerge uno 0,65% di esiti positivi, la presenza di un tumore alla mammella. Ciò vuol dire che 65 donne ogni anno scoprono di avere un tumore dall'esame diagnostico.

In virtù anche di questi dati, ieri nella sede dell'Azienda provinciale sanitaria è stata presentata la nuova organizzazione sulla diagnostica senologica in Trentino per la prevenzione dei tumori alla mammella, che ogni anno in Italia colpisce una donna su dieci, e rappresenta il tumore più frequente (il 25% di tutti i cancri che colpiscono il sesso femminile). Una nuova organizzazione con l'accentramento della diagnostica negli ospedali di Trento e di Rovereto.

La nuova Unità operativa di senologia clinica e screening mammografico è stata istituita nel 2007. Ma come ha spiegato ieri il direttore di Radiodiagnostica, il dottor Paolo Peterlongo, già prima «ciascuna unità operativa di Radiodiagnostica dell'Azienda dotata di mammografo e ecografo dedicati (Trento, Rovereto, Cles, Arco, Cavalese,

Borgo e Tione) che garantiva autonomamente la diagnostica per tutte le tipologie di pazienti asintomatiche (senza sintomi), che si presentano spontaneamente per diagnosi precoce, ma anche per quelle sintomatiche e in follow-up, dopo cioè la terapia per neoplasia». Un sistema efficace che si è consolidato negli anni facendo diventare la sezione di mammografia della Radiologia dell'ospedale S. Chiara di Trento un punto di riferimento per le patologie più complesse essendo dotata di tecnologie adeguate e avendo personale medico e tecnico dedicato. Con le nuove linee guida europee del 2006, però, per definire gli standard qualitativi di una unità dedicata alla diagnosi e terapia del tumore alla mammella si è dovuti apportare delle

modifiche. E dopo alcune analisi era emerso che tra le sezioni di Senologia delle varie unità operative di radiodiagnostica che erogavano attività di senologia clinica solo quelle di Trento e di Rovereto erano idonee in base ai nuovi criteri europei.

Da qui l'accentramento dei servizi nelle due città. Così per le pazienti che non hanno sintomi apparenti le radiografie verranno fatte nelle sedi periferiche e poi inviate al centro. Mentre per le pazienti con sintomi queste si devono rivolgere direttamente alla radiografia di Trento (dal lunedì al venerdì) o Rovereto (il lunedì, il mercoledì e il venerdì) dove c'è il know-how specifico.

«Utilizziamo lo stesso standard usato per lo screening - ha spiegato il dottor Marco Pelle-

grini direttore dell'unità operativa di senologia clinica, dove abbiamo riscontrato ottimi risultati, con l'obiettivo di dare un servizio più omogeneo e facendo convergere la gente nelle strutture dove ci sono le migliori tecnologie». Così anche Cavalese e Arco sono stati accorpati agli ospedali centrali di Trento e di Rovereto «dove ci sono — ha aggiunto Luciano Flor direttore della direzione cura e riabilitazione — standard migliori che ci allineano ai livelli europei».

E proprio sull'accorpamento è intervenuto l'assessore Ugo Rossi al fianco del direttore generale dell'Azienda Franco De Biasi precisando i dubbi arrivati da Arco «dove — dice — c'è al presa di posizione del consiglio comunale dell'Alto Garda a difesa della senologia di Arco». «Colgo l'occasione — ha detto Rossi — per dire che la sanità è per i pazienti e non per i reparti, credo che la garanzia delle prestazioni sia importante. La donna che non ha sintomi può rimanere nel suo territorio ma avrà la garanzia che sarà fatta una diagnosi efficace e qualitativamente alta». Sono scelte per garantire la massima qualità ai pazienti ma anche l'accessibilità sul territorio. E i tempi? Non si allungano, è stato detto: per chi ha sintomi l'attesa per la mammografia va dai 10 ai 20 giorni con uno sfioro di ritardi di non oltre 7 giorni è stato precisato dai medici.

Marzia Zamattio

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'équipe. I responsabili, da destra, Marco Pellegrini, Paolo Peterlongo e Luciano Flor. Al loro fianco l'assessore Ugo Rossi e il direttore generale Franco De Biasi