



RASSEGNA STAMPA

21 OTTOBRE 2014

L'addetto stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

SANITA'

Contro l'incontinenza femminile s'impiantano speciali pace-maker

di Antonio Fiasconaro
Ott 17, 2014



PALERMO - Una speranza in più per quelle donne che soffrono di una grave forma di incontinenza urinaria. Grazie a speciali "pace-maker" vescicali si possono sconfiggere i seri problemi di minzione. Una tecnica innovativa che da maggio del 2013 viene applicata, con grande successo nell'unità operativa di Uroginecologia dell'azienda ospedaliera "Villa Sofia-Cervello", diretta da Biagio Adile, centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura dell'incontinenza urinaria femminile. In appena un anno ne sono stati "impiantati" ben dieci, ultimi tre dei quali proprio nei giorni scorsi ad altrettante donne: due palermitane ed una della provincia di Caltanissetta. Si tratta di pazienti affette da incontinenza urinaria da urgenza, con dolore pelvico cronico e ritenzione urinaria cronica, dopo aver effettuato l'impianto di prova tre settimane fa, hanno avuto un netto miglioramento della sintomatologia clinica, al quale è seguito l'impianto del pace-maker definitivo.

«Le patologie come la cistite interstiziale o l'incontinenza urinaria - rileva Biagio Adile - modificano negativamente le condizioni psico-sociali della persona, il suo stile di vita e le sue attività quotidiane, la performance lavorativa e familiare, il benessere emotivo, l'autostima e il comportamento sessuale e relazionale. Oltre al trattamento farmacologico eseguito prevalentemente per instillazione vescicale, laddove questo non sia sufficiente, il centro è in grado oggi di trattare queste patologie con terapie alternative come la neuro modulazione che attraverso l'impianto di un pace-maker tende ad alleviare i disturbi migliorando drasticamente la qualità della vita delle pazienti».

Le prossime tre pazienti saranno trattate entro la fine dell'anno.

Il costo per il servizio sanitario regionale per ogni impianto è di circa 10mila euro.

L'unità di Uroginecologia, proprio per la tecnica del pace-maker vescicale, ha avuto assegnato per il 2014-2015 il "Bollino Rosa", riconoscimento sulla qualità del servizio

attribuito dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda).

«Le patologie come la cistite interstiziale o l'incontinenza urinaria – spiega Biagio Adile - modificano negativamente le condizioni psico-sociali della persona, il suo stile di vita e le sue attività quotidiane, la performance lavorativa e familiare, il benessere emotivo, l'autostima e il comportamento sessuale e relazionale. Oltre al trattamento farmacologico eseguito prevalentemente per instillazione vescicale, laddove questo non sia sufficiente, il centro è in grado oggi di trattare queste patologie con terapie alternative come la neuro modulazione che attraverso l'impianto di un pace-maker tende ad alleviare i disturbi migliorando drasticamente la qualità della vita delle pazienti».

La cistite interstiziale, classificata come malattia rara, è una sindrome caratterizzata da dolore vescicale associato a urgenza e frequenza minzionale (fino a 40- 50 minzioni nei casi più gravi), nicturia (alzarsi più volte nella notte per urinare), disuria (difficoltà ad urinare pur avendo lo stimolo), talvolta associato ad incontinenza urinaria, in assenza di processi infettivi».

Ma come avviene l'impianto del pace-maker? «L'intervento di applicazione del pace-maker - aggiunge Adile - viene eseguito in due fasi. Nella prima si effettua un'appropriata selezione del paziente mediante un test di stimolazione di prova attraverso l'impianto di un elettrocaterete ed uno stimolatore esterno e solo i pazienti che rispondono positivamente a questa fase, con un miglioramento dei sintomi maggiore del 50%, vengono impiantati in modo definitivo. La procedura viene effettuata in sala operatoria in anestesia locale con monitoraggio radiologico ed è reversibile in caso di inefficacia. L'elettrodo viene impiantato a livello del forame sacrale S3 e viene portato all'esterno attraverso una estensione provvisoria che permette la stimolazione di prova al fine di valutare l'efficacia del trattamento».

Tags:

- pace-maker
- incontinenza urinaria
- cistite
- antonio fiasconaro
- biagio adile
- villa sofia
- cervello
- ospedale
- palermo
- centro di riferimento regionale



SANITÀ. Il manager dell'Asp del capoluogo Candela: «Non è vero che spendiamo 60 euro al giorno per i pasti. Paghiamo 12 euro per colazione, pranzo e cena»

Appalti, consorzi tra ospedali per risparmiare

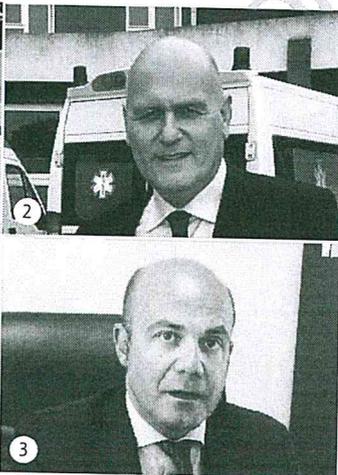
● Vertice a Palermo. Il coordinatore delle gare per la Sicilia Occidentale Migliore: «Con grandi quantità abatteremo i costi»

Candela sottolinea che «applicare dei costi standard è un utile strumento per ridurre la spesa. Noi ci atteniamo a quelli dell'autorità nazionale anti corruzione, per il materiale sanitario, come garze, bende, pannolini, ma anche per pasti e pulizie».

Salvatore Fazio
PALERMO

●●● Un unico appalto per più Asp e ospedali. In questo modo le strutture sanitarie siciliane puntano a ridurre i costi. Ieri a Palermo si è svolto un vertice delle aziende della Sicilia occidentale. «Un passo avanti verso la stazione unica per gli appalti della sanità nell'isola» spiega Giovanni Migliore, manager del Civico di Palermo e coordinatore per le gare consorziate del bacino occidentale della Sicilia. Intanto il manager dell'Asp di Palermo, Antonino Candela, ripedisce al mittente le accuse del presidente del Veneto, il leghista Luca Zaia che parlava di pasti che negli ospedali della sua regione «costano 6 euro contro i 60 euro della Sicilia». Candela spiega: «L'Asp 6 applica il tariffario nazionale dell'Anac, l'autorità anti corruzione. E i tre pasti di una giornata (colazione, pranzo e cena) costano in tutto 12 euro. Magari meno che al Nord».

Migliore spiega che a livello nazionale esiste una sorta di coordinamento che sta cercando di «trovare dei costi standard per omologare le spese che in effetti sono spesso diverse da un ospedale all'altro. Anche all'interno della Sicilia stessa». L'assessorato regionale alla Salute punta ad una stazione unica appaltante. E tra gli obiettivi per i manager c'è proprio la riduzione dei costi. Oggi sono attivi due coordinamenti per le gare consorziate: uno per la Sicilia



1. Il pranzo in un ospedale 2. Giovanni Migliore 3. Antonino Candela

orientale e uno per quella occidentale che nella riunione di ieri ha «avviato importanti novità» spiega Migliore. «La prima riguarda i tempi degli appalti. Non è possibile che ci siano gare che durano anni. Così abbiamo fissato un cronoprogramma che fissa i tempi di ogni fase dell'appalto».

La seconda novità riguarda i «capitolati tecnici», cioè la lista della spesa con le caratteristiche dettagliate di ciò che si deve comprare. «In Toscana o in Emilia Romagna - spiega Migliore - accade che si facciano le gare a livello regionale o interprovinciale. Così si risparmia molto. Infatti finora si bandisce una gara con troppi lotti di piccole quantità. Per esempio

LA REGIONE PRONTA A CREARE UNA STAZIONE UNICA PER GESTIRE I BANDI

se si devono comprare dei disinfettanti ogni ospedale ne ordina tanti tipi diversi che magari sono prodotti da poche aziende. Così i partecipanti sono pochi e il costo aumenta. Se invece si fa un bando con lotti ampi si risparmia». Per risolvere questo problema si punta alle gare consorziate. «Il piano - spiega Migliore - adesso dovrà es-

sere approvato al prossimo vertice in assessorato con i manager. Ma alla riunione già i delegati delle strutture sanitarie erano d'accordo». Antonino Candela sottolinea che «applicare dei costi standard è un utile strumento per ridurre la spesa. Noi ci atteniamo a quelli dell'Anac, l'autorità nazionale anti corruzione, per il materiale sanitario, come garze, bende, pannolini, ma anche per pasti e pulizie. Manteniamo i costi ridotti e non c'è un centesimo in più rispetto a questo tariffario». Candela sottolinea che «occorre sempre che tutte gli appalti, i capitolati di gara non siano sopravvalutati rispetto al reale fabbisogno».

sanità

Eccellenze, criticità e ritardi Sicilia, la mappa della salute

Bocciatura in sala parto, nella top ten degli interventi al femore

c Ragusa; ma quasi tutte le province sono in linea con la media.

Le fratture del femore
Una curiosità siciliana riguarda uno degli altri parametri del Pnc: l'intervento chirurgico entro 48 ore nei casi di frattura del collo del femore per gli over 65, visto che «a lunghe attese corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente».

A fronte di una media nazionale del 45,7% (nel 2008 era il 28,75) il record nazionale è a Merano con l'89,9%, mentre in Sicilia c'è la maglia nera: il "Barone-Romeo" di Patti con appena il 10,02%. Positive, invece le performance del "Piemonte" di Messina (87%) e del "Garibaldi" di Catania (86,5%) nella top ten nazionale.

Gli interventi per tumori
Un aspetto determinante è il volume di interventi chirurgici, direttamente proporzionale a esiti cura migliori, in caso di tumori.

Per il colon lo standard minimo è fissato in 50 interventi annui. In Italia appena 106 strutture su 805 hanno superato la soglia e fra queste il "Garibaldi" di Catania (195), il "Civico" di Palermo (101).

I dati. Agenas: «Enorme frammentazione in Asp e ospedali». Il ministro Lorenzin: «Differenze inaccettabili fra regioni»

MARIO BARRESI

CATANIA. A Roma l'hanno ripetuto fino alla nausea: non è una classifica. E in effetti, navigando fra i 131 indicatori del Pnc (Programma nazionale esiti) sviluppato dall'Agenas per conto del ministero della Salute, c'è davvero il rischio di naufragare nella sovrabbondanza di dati sulla «efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del Servizio sanitario nazionale». Un tema delicatissimo. Eppure, nonostante le raccomandazioni e la presa di distanza dello stesso direttore scientifico del Pnc, Marina Davoli, sentita in serata da *La Sicilia* («Non abbiamo fornito dei report regionali, poiché i dati delle singole province sono molto diversificati e la sintesi sarebbe fuorviante»), bisogna pur trovare un elemento di sintesi. Arrivato da una rielaborazione della Regione Toscana, che si autoaccorda come «al vertice della sanità italiana», il criterio è basato sui 131 indicatori (58 di esito-processo, 50 sui volumi di attività e 23 sull'ospedalizzazione) in base alla media nazionale.

Dove si fanno più interventi si muore di meno. Il problema è che, dai punti nascita ai tumori, sono ancora numerose le strutture che non rispettano gli standard minimi di sicurezza, intesi come il numero minimi di prestazioni al di sotto dei quali, è stato dimostrato, i pazienti rischiano di più.

In base a ciò l'efficacia-qualità delle cure in Sicilia non è fra le primissime regioni d'Italia, ma presenta dati in chiaroscuro (e soprattutto con differenze macroscopiche fra le singole Asp): 65% degli indicatori "in media" rispetto al resto del Paese, 17% "meglio" e 18% "peggio". La consolazione è che c'è chi sta peggio di noi con indicatori al di sotto degli standard nazionali: Campania (24%), Calabria e Puglia (23%), Calabria e Abruzzo (21%). La sintesi, dunque, di questa rielaborazione è che la Sicilia - una volta tanto - non è maglia nera nella qualità dei servizi sanitari. «L'unico trend che si può tracciare per la Sicilia - ribadisce il direttore scientifico dello studio - è quello di una enorme frammentazione dei risultati su base provinciale e di singole strutture ospedaliere». Un "giallo" sui dati ha riguardato il Policlinico di Catania, da dove, sostengono dallo staff del ministro, sarebbe arrivato un report frammentato.

«Nessuna carenza - precisa però Davoli - perché i dati ci sono, ma sono stati utilizzati codici diversi per cui si registra una frammentazione».

«Sono inaccettabili le differenze che emergono tra le Regioni - ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin -. I direttori generali devono adeguarsi agli standard, non è un optional. Il Pnc non è uno strumento punitivo o una classifica ma è un programma che ha l'obiettivo di valutare e misurare le performance delle strutture sanitarie».

Il numero di parti

Ma proviamo a entrare nel dettaglio. Utilizzando alcuni dei parametri-simbolo indicati da Agenas. Il più atteso era quello sul numero di parti. «Le evidenze scientifiche - si ribadisce nello studio - sull'associazione fra numero di parti ed esiti di salute materno-infantile mostra-

Qualità e sicurezza. Regione in media sul 65% degli indicatori, promossa nel 17%, ma sotto soglia nel 18%

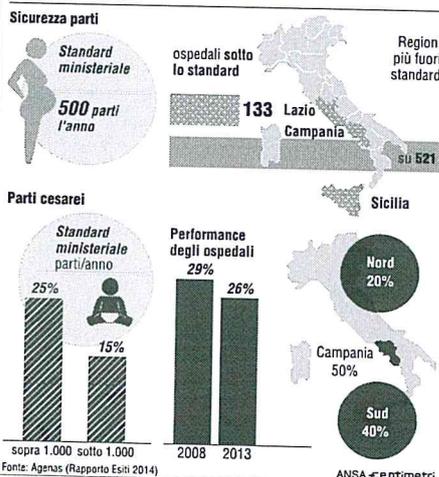
no una associazione fra bassi volumi ed esiti negativi per i bambini di basso peso alla nascita».

Lo standard minimo dei 500 parti annui non viene rispettato in 133 strutture e la Sicilia, con 18 ospedali, è la regione più a rischio dopo la Campania (20 presidi sotto soglia). «Il caso di Nicosia (256 parti nel 2013, ndr) - ricorda il direttore Davoli - è stato portato come esempio nazionale, raccontando anche la difficoltà specifica legata ai collegamenti stradali e alle distanze da altri ospedali».

Il tasso di cesarei

Un altro spunto di riflessione è la percentuale di parti cesarei: meno ce ne sono e migliore è la qualità del sistema sanitario. La media nazionale è del 25,98%, con una forbice enorme fra le singole realtà: da 4% a 93%. In quest'ambito la Sicilia, assieme alla Basilicata e alla Calabria, «si avvicina al valore medio nazionale, sep-

Così nelle maternità italiane



TOSCANA AL TOP

La Regione Toscana si conferma al vertice della sanità italiana. Bene anche Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Trento che conquistano il podio, mentre Calabria e Campania occupano il fondo della classifica. La Toscana, viene rilevato, è la Regione che, analizzando nel complesso tutti gli indicatori, ha ottenuto la più bassa percentuale di indicatori negativi (9%) e tra quelle con la più alta percentuale di indicatori migliori rispetto alla media nazionale (27%, seconda solo alla Valle d'Aosta, che ha il 29%). Al secondo posto c'è proprio la Valle d'Aosta che ha sì il maggior numero d'indicatori positivi e sopra la media ma pure il 13% di negativi. Sul terzo gradino di questo speciale podio c'è poi la Pa di Trento.

pur con grande eterogeneità interna».

Spicca, in positivo, il dato dell'ospedale Maggiore di Modica: al decimo posto nazionale con appena l'8,61% di cesarei. A Catania il "Garibaldi" (21,25%) è sotto la media nazionale, oltre soglia il "Cannizzaro" (26,68%), così come a Caltanissetta il "S. Elia" (26,71%); positivo il dato ibileo anche per l'ospedale Civile con il 15,15%, così come il "Cervello" di Palermo (15,84%).

La risposta agli infarti

L'altro parametro che l'Agenas sceglie come significativo è la proporzione di infarti trattati con l'angioplastica primaria entro due giorni, con comprovata riduzione del tasso di mortalità: la media nazionale è salita dal 27,9% del 2008 al 39,6% del 2013. Anche qui dati a macchia di leopardo in Sicilia: dal 3 al 90%, con performance negative nelle Asp di Enna

Nei casi di tumore al polmone la soglia ideale è di 100 interventi l'anno, raggiunta in appena il 16% delle strutture italiane. Qualche numero degli ospedali siciliani: a Catania 47 al "Cannizzaro", 79 al "Garibaldi", 38 al "Vittorio Emanuele"; appena un intervento nel 2013 al "Civile" di Ragusa e al "Villa Sofia" di Palermo, dove va meglio al "Cervello" (49); soltanto il "Civico" di Palermo supera la media nazionale, con 102 interventi nell'anno. Nei tumori alla mammella appena il 13% degli ospedali italiani (98 su 761) supera lo standard di qualità minimo delle linee-guida internazionali, ovvero 150 operazioni l'anno. La mappa: a Catania 153 al "Cannizzaro" e 177 al "Garibaldi"; a Palermo 53 al "Cervello" e 224 al "Civico"; a Agrigento, appena 27 all'"Umberto I" di Siracusa, 31 al "Civile" di Ragusa, 35 al "S. Elia" di Caltanissetta.

Twitter: @MarioBarresi

CRITERI

- 131 indicatori (58 di esito-processo, 50 sui volumi di attività e 23 sull'ospedalizzazione)
- 65% degli indicatori in Sicilia in media rispetto al resto del Paese
- 17% meglio
- 18% peggio

PARTI

- 18 ospedali in cui non viene rispettato lo standard minimo dei 500 parti annui, la Sicilia è la regione più a rischio dopo la Campania
- 25,98% media nazionale di parti cesarei
- 8,61% Maggiore di Modica, decimo posto nazionale
- 21,25% Garibaldi di Catania
- 26,68% Cannizzaro di Catania
- 28,12% Umberto I di Siracusa
- 26,71% S. Elia di Caltanissetta
- 15,15% Civile di Ragusa
- 15,84% Cervello di Palermo

INTERVENTO AL FEMORE

- 45,7% media nazionale
- 10,02% Barone Romeo di Patti maglia nera
- 87% Piemonte di Messina nella top ten nazionale
- 86,5% Garibaldi di Catania nella top ten nazionale

TUMORE AL COLON

- 50 standard minimo di interventi annui
- 195 Garibaldi di Catania
- 101 Civico di Palermo

TUMORE AL POLMONE

- 100 standard minimo di interventi annui
- 47 Cannizzaro di Catania
- 79 Garibaldi di Catania
- 38 Vittorio Emanuele di Catania
- 1 Civile di Ragusa
- 1 Villa Sofia di Palermo
- 49 Cervello di Palermo
- 102 Civico di Palermo



FRATTURE DEL COLLO DEL FEMORE OPERATE ENTRO 48 ORE



I MIGLIORI

- 1 Ospedale di Merano (Bolzano)**
SU UN TOTALE DI **110 casi**
89,91%
- 2 Osp. di Castelnuovo Garfagnana (Toscana)**
SU UN TOTALE DI **77 casi**
89,6%
- 3 Ospedale di Cles (Trento)**
SU UN TOTALE DI **104 casi**
87,91%
- 4 Ospedale S. M. Goretti di Latina (Lazio)**
SU UN TOTALE DI **85 casi**
87,78%
- 5 Ospedale S. M. del Prato di Feltre (Veneto)**
SU UN TOTALE DI **85 casi**
87,21%



I PEGGIORI

- 1 Ospedale Barone Romeo di Patti (Sicilia)**
SU UN TOTALE DI **63 casi**
10,02%
- 2 Ospedale San Francesco di Nuoro (Sardegna)**
SU UN TOTALE DI **177 casi**
10,1%
- 3 Ospedale Fiorini di Terracina (Lazio)**
SU UN TOTALE DI **165 casi**
10,19%
- 4 Ospedale Camillo De Lellis di Aversa (Abruzzo)**
SU UN TOTALE DI **85 casi**
10,26%
- 5 Ospedale S. Arsenio di Polla (Campania)**
SU UN TOTALE DI **100 casi**
10,28%

> A TAVOLA
EUGENIO DEL TOMA



REFLUSSO CONSIGLI SUI CIBI

Il perfezionamento dei mezzi di indagine clinica non ha creato una nuova malattia ma ha permesso di documentare la frequenza del reflusso gastroesofageo. Molti lamentano, soprattutto di notte e dopo pasti copiosi, rigurgiti acidi, bruciori alla bocca dello stomaco, talvolta condolori retro-sternali che ingigantiscono i timori per il possibile equivoco diagnostico con uno spasmo coronarico. Questi sintomi, sgradevoli e spesso dolorosi, dipendono dalla risalita del succo gastrico oltre la valvola (cardias) interposta tra la fine dell'esofago e l'inizio dello stomaco. La mucosa dell'esofago non è in grado di tamponare l'aggressione dell'acido cloridrico e ne risente con l'infiammazione (esofagite) o con la formazione di piccole erosioni (ulcere esofagee). Che fare, allora? Per prima cosa bisognerà evitare di accentrare sulla cena gran parte di ciò che un tempo veniva suddiviso fra più pasti. Altra indicazione è quella di non mettersi in poltrona o a letto subito dopo cena perché la posizione facilita il reflusso. Infine, esistono cibi da considerare a rischio, come i cibi molto grassi (quindi i dolci ricchi di crema, di panna, di cioccolato) e i piatti troppo conditi o speziati (aglio, cipolla, menta, ecc.). Tra i cibi "a rischio" vanno citate le frittate, il caffè (compreso il decaffeinato), i succhi di agrumi e le bevande alcoliche. Comunque, bisognerà ricorrere al gastroenterologo per una diagnosi certa e una terapia più mirata del "fai da te".
edeltoma@gmail.com

Indagine. Presentati i risultati delle valutazioni 2013 del Piano Nazionale Esiti relativo all'efficienza e qualità dei nosocomi. I dati su tumori, cuore, fratture, parti. Meglio i centri più attivi. Dal 2015 "pagelle" ai chirurghi

Ospedali insicuri dove si opera poco

MICHELE BOCCO

Gli italiani si operano di tumore in ospedali dove vengono fatti troppo pochi interventi. E quindi dove i pazienti, a sentire le stesse società scientifi-

che dei medici, non vengono seguiti bene. Tra i dati più eclatanti del Pne, il Piano nazionale esiti che valuta la riuscita delle cure ospedaliere in tutto il paese, cisono quelli sull'attività troppo scarsa di alcune chirurgie. Il lavoro di Agenas (l'agenzia sanitaria delle Regioni) riferito al 2013 è stato

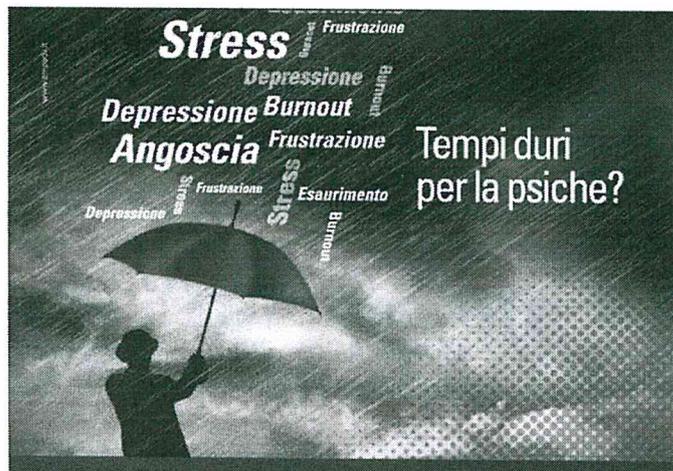
presentato ieri. I dati sui ricoveri oncologici fanno riflettere su quanta strada debba ancora fare il sistema sanitario italiano per concentrare le attività di alta specialità in pochi centri. E di conseguenza migliorare l'assistenza. I reparti che lavorano troppo poco stanno un po' in tutte le regioni, non sono quindi una caratteristica dei soli sistemi sanitari che funzionano peggio, principalmente quelli del Sud. Tra le chirurgie che hanno operato il tumore polmonare, ad esempio, solo 36 su 231 hanno fatto almeno 100 interventi

annui. Una novantina di strutture vanno depennate dalla lista di chi ha lavorato poco perché hanno fatto pochissimo, cioè meno di 10 operazioni, un dato quindi irrisolvibile statisticamente. Ma resti il fatto che la maggior parte degli ospedali non lavori abbastanza perché il servizio in quella specialità magari di restare aperto. Tra l'altro secondo alcune società scientifiche bisognerebbe prendere in considerazione più di 100 casi all'anno come limite minimo. E c'è un'altra cosa da sottolineare. Ormai si tende a prendere in considerazione quanto lavora il singolo chirurgo per essere sicuri che abbia abbastanza esperienza, quindi dietro al dato anche positivo di tutto il reparto si potrebbe nascondere la presenza di professionisti poco efficaci. Va da sé che la mortalità per questo intervento diminuisce nelle strutture che lavorano di più. Per il tumore alla mammella si parla di uno standard minimo di 150 interventi all'anno. Solo il 13% delle strutture che operano questo tipo di cancro (98 in tutto) rispettano il dato, le altre 663 stanno sotto. In questo caso ce ne sono 286 che stanno sotto le 10 operazioni. Sono simili le percentuali per il tumore al colon e allo stomaco. Razionalizzare l'offerta in questo campo vorrebbe dire curare meglio e pure risparmiare, perché verrebbero chiusi o accorpati reparti che fanno troppo poco.

Il tema dell'attività troppo bassa riguarda altri settori, ad esempio quello cardiologico. In Italia si fanno meno di 250 procedure di angioplastica all'anno, considerato il minimo per funzionare bene, in 211 ospedali su 441. Anche qui è meglio non tenere conto di un'ottantina di ospedali che ne ha fatto meno di 10, perché si tratta di casualità o errori di comunicazione di dati dalle Regioni a Agenas. Le cardiocirurgie dovrebbero fare almeno 200 bypass aor-

to coronarici all'anno. Nel 2013 in Italia 86 strutture non hanno raggiunto il risultato e 26 sì. C'è poi il tema dei parti. Sono la bellezza di 133 gli ospedali che nel nostro Paese non arrivano alla soglia minima di 500 previsti dall'oms. Più volte si è detto che quelle sale parto dovevano essere chiuse. I cesarei sono il 26% del totale, con un forte sbilanciamento tra il nord, dove si arriva al 20% e il sud, dove si tocca il 40% con punte del 50% in Campania. Sempre parlando a livello generale, solo il 45,7% delle fratture di femore l'anno scorso sono state operate entro il limite considerato accettabile, cioè 48 ore. Se si interviene dopo aumenta la mortalità. Il dato comunque è molto migliorato rispetto ad alcuni anni fa, quando era sotto il 30%.

Il direttore di Agenas, Francesco Devero, sottolinea come entro il 2015 il monitoraggio dell'efficacia dell'attività sanitaria potrà riguardare i singoli professionisti, non solo gli interi reparti. «Aspettiamo il via libera del garante della privacy». Il ministro alla Salute Beatrice Lorenzin ha spiegato che i direttori generali delle Asl dovranno adeguarsi ai parametri del Pne non è optional, ma un dovere. Questo non è uno strumento punitivo, ma ha l'obiettivo di intervenire per modificare le anomalie». Il presidente della federazione delle Asl (Fiaso), Francesco Ripa di Meana, spiega che «il miglioramento delle performance ospedaliere è anche frutto della continua azione di miglioramento quali-quantitativo condotta in questi anni di magra dalle Aziende sanitarie».



Neurapas Forte

Una soluzione forte nei momenti più fragili della vita.

Neurapas Forte è un integratore alimentare a base di estratti di Iperico, Passiflora e Valeriana. Quando apatia, stress, frustrazione, mancanza di interessi ed esaurimento psichico condizionano la tua quotidianità è il momento di Neurapas Forte.

- Nessun effetto collaterale
- Non causa dipendenza e assuefazione
- Non altera le facoltà cognitive



Neurapas Forte: un aiuto diretto dalla natura

Per maggiori informazioni
800-203678



named.it



IN FARMACIA





INFARTO ACUTO DI MIOCARDIO MORTALITÀ A 30 GIORNI

Necrosi del muscolo cardiaco a causa dell'arresto del flusso sanguigno



I MIGLIORI

- 1 Ospedale Niguarda di Milano (Lombardia)**
SU UN TOTALE DI **279 casi**
4,15%
- 2 Ospedale di Mondovì (Piemonte)**
SU UN TOTALE DI **98 casi**
4,16%
- 3 Ospedale di Bentivoglio (Emilia Romagna)**
SU UN TOTALE DI **188 casi**
4,17%
- 4 Ospedale S. M. S. di Battipaglia (Campania)**
SU UN TOTALE DI **145 casi**
4,21%
- 5 Istituto cardiologico Monzino (Lombardia)**
SU UN TOTALE DI **421 casi**
4,24%



I PEGGIORI

- 1 Ospedale civile di Mirano (Venet)**
SU UN TOTALE DI **179 casi**
14,94%
- 2 Ospedale di B. di S. Gavino M. (Sardegna)**
SU UN TOTALE DI **135 casi**
14,64%
- 3 Ospedale di Lamezia Terme (Calabria)**
SU UN TOTALE DI **100 casi**
14,64%
- 4 Ospedale V. Emanuele di Catania (Sicilia)**
SU UN TOTALE DI **360 casi**
14,62%
- 5 Ospedale Spaziani di Frosinone (Lazio)**
SU UN TOTALE DI **466 casi**
14,56%

TUMORE ALLA MAMMELLA INTERVENTI ALL'ANNO



I MIGLIORI

- 1 Istituto europeo di oncologia di Milano**
2.522
- 2 Istituto nazionale tumori di Milano**
1.188
- 3 San Martino di Genova (Liguria)**
877
- 4 Humanitas di Rozzano (Lombardia)**
765
- 5 Policlinico Gemelli di Roma (Lazio)**
758



I PEGGIORI

- 1 Ospedale S. Giacomo di N. Ligure (Piemonte)**
10
- 2 Ospedale di Monselice (Veneto)**
10
- 3 Ospedale di Valdagno (Veneto)**
10
- 4 Ospedale Fatebenefratelli di Napoli**
10
- 5 Ospedale di Copertino (Puglia)**
10

Regioni. La hit degli indicatori

Progressi a Prato e Montepulciano. Balzo in avanti della Sicilia nelle ortopedie

La Toscana al top anche quest'anno con la Val d'Aosta Il Sud in ritardo

AL report del Fiano degli esiti come già l'anno scorso, la Toscana risulterà la Regione con la più bassa percentuale di indicatori negativi (9%) e tra quelle con la più alta percentuale di indicatori migliori rispetto alla media nazionale (27%, seconda solo alla Valle d'Aosta, che ha il 29%). «Esiamo migliorati anche negli aspetti che l'anno scorso risultavano problematici, come per esempio il tumore al polmone», commenta l'assessore al diritto alla salute Luigi Marroni. Dal Pnc 2014 emerge che in Toscana nel 2013 sono stati ricoverati pazienti più complessi che nelle altre regioni, e che per curare questi pazienti sono stati necessari meno giorni di ricovero che nelle altre regioni. Negli ospedali toscani in cui erano emerse criticità e dove sono stati condotti audit a supporto del miglioramento, la mortalità si è ridotta in maniera consistente: a Montepulciano dal 30,8% al 7,3%; al S. Maria Annunziata a Ponte a Niccheri, dal 7,6% a 0%; a Prato dal 25,4% all'8,3%.

A livello nazionale per quanto riguarda le fratture del femore, la proporzione di pazienti sopra i 65 anni operati entro due giorni è passata dal 28,7% del 2008 al 45,7% del 2013, restando ancora al di sotto dello standard atteso, superiore all'80%. Confrontando i dati del 2013 con quelli del 2011, si osserva che, mentre nel 2011 tutti e tre le regioni del Sud avevano valori di media e mediana inferiori ai valori nazionali, nel 2013, la Sicilia ha valori medi

superiori a quelli nazionali, mentre la Basilicata e il Lazio raggiungono i valori medi nazionali, paragonabili a Lombardia o Umbria. La Provincia Autonoma di Bolzano mantiene i velli alti, mentre Emilia Romagna, Veneto e Toscana migliorano ulteriormente pur partendo già da valori alti, riducendo anche l'eterogeneità interna.

Per quanto riguarda i punti nascita che effettuano meno di 500 parti l'anno il report ne segnala ben 133. Dovevano già essere chiusi. Questa la suddivisione, regione per regione: Abruzzo (4); Basilicata (2); Calabria (1); Campania (20); Emilia Romagna (8); Friuli (3); Marche (1); Molise (1); Piemonte (6); Bolzano (4); Trento (4); Puglia (9); Sardegna (10); Sicilia (18); Toscana (8); Umbria (6); Veneto (8).

Casi limite nei punti nascita di Trapani ma anche in Emilia

Analizzando nel dettaglio la tabella, balza agli occhi la modesta attività di alcune strutture che effettuano ad esempio 35 parti l'anno, come Villa Regina in provincia di Bologna, oppure 21 parti come l'ospedale Nagar in provincia di Trapani. Ma si tratta di dati da prendere con le molle. Come spiegano gli esperti dell'Agenas: sono infatti incluse anche le case di cura private non accreditate.



Indicatori

Il Pnc ne prende in considerazione 50 riguardo agli esiti delle cure, 50 sui volumi di attività e 23 sull'ospedalizzazione. Vengono analizzati i dati delle varie strutture ma non valutati quelli regionali. Praticamente tutti gli ospedali italiani vengono valutati nei vari settori, indicando l'attività che fanno e l'esito delle cure, cioè in certi casi la mortalità dei pazienti dopo un certo numero di giorni.

A che serve

È considerato uno strumento operativo a disposizione delle regioni, delle Asl e dei medici. L'intento di Agenas è quello di migliorare le performance degli ospedali ma anche dell'assistenza territoriale. «Non vogliamo fare classifiche», sottolineano i ricercatori. In generale i sistemi regionali possono valutare come lavorano e prendere decisioni di politica sanitaria in base ai dati.

Categorie

I settori presi in considerazione sono quello cardiovascolare, chirurgico, cerebrovascolare, dell'apparato digerente, il muscolo scheletrico, il perinatale, il respiratorio, l'urogenitale, le malattie infettive e l'ospedalizzazione.

Oncologia

In questo settore, in particolare nella chirurgia, si registra una eccessiva presenza di strutture che lavorano troppo poco per essere efficienti. Solo un numero di chirurgie compreso tra il 13 e il 20%, a seconda dei settori, in un anno fa un numero di interventi adeguato.

MiglioCres®

Stress, cambi di stagione, inquinamento, trattamenti estetici e squilibri alimentari e/o ormonali, minacciano la salute dei tuoi capelli?

Dalla natura, MiglioCres® è la risposta per avere:

- **CAPELLI FORTI** grazie all'estratto di Miglio
- **CAPELLI FOLTI** grazie alla Serenoa Repens e all'estratto di Ortica
- **CAPELLI NUTRITI E RIGENERATI** grazie al Selenio, alla Metionina, al Rame, allo Zinco



MiglioCres® è anche in Fale e Shampoo.

MiglioCres® è distribuito da F&F - tel. 051/525622 - mail: info@f&f.it

www.migliocres.it

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

20 ottobre 2014

Esclusiva/ Ecco il Programma nazionale Esiti 2014

Dalle fratture del collo del femore ai parti cesarei. Dall'asportazione della colecisti in laparoscopia al trattamento dell'infarto. Dal by-pass aortocoronarico all'isterectomia. E così via. Il programma nazionale Esiti 2014 - sviluppato da Agenas per conto del ministero della Salute e presentato oggi a Lungotevere Ripa - dà conto del complesso quadro delle cure erogate da Sud a Nord Italia, nelle Regioni così come nelle singole aziende ospedaliere e sanitari. «Non chiamatela classifica - avvertono dalla Salute - chiarendo che i 58 indicatori di esito/processo, i 50 volumi di attività e i 23 indicatori di ospedalizzazione sono «strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel Ssn». Ma se il Pne «non produce classifiche», saltano agli occhi i dati più clamorosi.

I cesarei. I dati 2014 confermano la classica "macchia di leopardo", con grandi differenze regionali. Ma due dati saltano agli occhi: da una parte, decresce dal 29% del 2008 al 26% del 2013 la proporzione di parti cesarei primari, dall'altra migliora una serie di regioni del Sud. Basilicata, Calabria e Sicilia cominciano finalmente ad avvicinarsi alla media nazionale, seppure con una grande variabilità interna. Permane il gradiente nord-sud, con le regioni del nord Italia intorno al 20% (il valore medio nazionale è del 26%) e le regioni del Sud con valori vicini al 40% che. La Campania si conferma anche quest'anno maglia nera con valori intorno al 40%. Mentre Liguria e Valle D'Aosta sono per il nord le uniche regioni a presentare valori superiori a quelli nazionali.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità sin dal 1985 afferma che una proporzione di cesarei superiori al 15% non è giustificata. Il parto cesareo rispetto a quello naturale comporta infatti maggiori rischi per la donna e il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche. Il regolamento del ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1.000 parti e 15% per le maternità con meno di 1.000 parti.

Il risultato più favorevole lo produce l'Ospedale di Carate Brianza (Monza) che a fronte di 1.629 interventi ha registrato un esito pari al 5,16% di cesarei, seguito dall'ospedale di Borgo S. Lorenzo (Fi) con il 5,95% su 421 parti e dall'ospedale Civile di Palmanova (Udine) con il 6,55% di parti cesarei primari su un totale di 687. È invece la CCA Villa Cinzia di Napoli, con 92,7% di cesarei primari su 543 parti, la struttura che ha registrato l'esito più sfavorevole preceduta dalla CCA Mater Dei di Roma con l'87,28% (su 180 parti effettuati) e dalla CA S. M. La Bruna di Torre Del Greco con l'81,8% su 323 parti.

Le fratture di femore. Solo il 45,7% delle fratture di femore nell'anziano sono state operate nel 2013 entro le 48 ore, lo standard previsto entro cui si riducono mortalità e complicanze per il paziente. Rispetto al 2008, quando la proporzione era del 28,7%, si è registrato un significativo miglioramento, anche se si è ancora al di sotto dello standard atteso, superiore all'80%. In particolare, la proporzione di fratture di femore sopra i 65 anni di età operata entro due giorni è passata dal 28,7% del 2008 al 45,7% del 2013, restando però ancora al di sotto dello standard atteso, superiore all'80%. Sulla base dei dati di mortalità a un anno, si stima che il numero di decessi prevenuti in questo periodo, grazie all'anticipazione dell'intervento, è di circa 6000. A fronte però di un valore nazionale medio del 45,7%, anche in questo caso si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 10% ad un massimo del 90%. La performance più favorevole l'ha registrata l'Ospedale di Merano con l'89,9% (su 110 interventi annui), seguito dall'Ospedale S. Croce Castelnuovo di Garfagnana in Toscana con l'89,6% (77 interventi) e dall'Ospedale di Clès (Pa Trento) con l'87,9% su 104 operazioni. L'esito più sfavorevole l'ha registrato, invece, l'ospedale Barone Romeo Patti in provincia di Messina con il 10% di operazioni (su un totale di 63) effettuate entro le 48 ore, preceduto dall'Ospedale S. Francesco di Nuoro con il 10,1% (su un totale di 117 operazioni) e dall'Ospedale A. Fiorini di Terracina con il 10,2% su 185 interventi.

Il nodo dei volumi di attività: troppo bassi nell'80% delle strutture. Nel 2013 i punti nascita che effettuano meno di 500 parti l'anno (e che dovrebbero essere chiusi in base all'accordo Stato-Regioni del 2010) sono ben 133. È questa un'altra delle informazioni che emergono dal Pne 2014 e che spalanca una finestra sulla stretta correlazione tra volumi di attività e migliori risultati ottenuti. Le evidenze scientifiche sull'associazione tra volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile mostrano infatti - viceversa - un'associazione tra bassi volumi ed esiti

negativi.

Questa la suddivisione, regione per regione, delle 133 strutture che effettuano meno di 500 parti l'anno: Abruzzo (4); Basilicata (2); Calabria (1); Campania (20); Emilia Romagna (8); Friuli (3); Lazio (12); Lombardia (8); Marche (1); Molise (1); Piemonte (6); Bolzano (4); Trento (4); Puglia (9); Sardegna (10); Sicilia (18); Toscana (8); Umbria (6); Veneto (8).

A guardare la tabella, salta agli occhi come alcune strutture realizzino ad esempio 35 parti l'anno, come Villa Regina in provincia di Bologna, oppure 21 parti come l'ospedale Nagar in provincia di Trapani. Ma si tratta di dati da prendere con le molle. Come spiegano gli esperti dell'Agenas, in questa particolare tabella sono infatti incluse anche le case di cura private non accreditate che non sempre si riescono a distinguere solo dalla denominazione: per esempio nel Lazio, delle 12 strutture sotto 500, 6 sono case di cura private non accreditate.

In generale, oltre l'80% delle strutture ospedaliere italiane presenta volumi di attività troppo bassi. Su 490 strutture che eseguono più di 10 interventi per tumore alla mammella, ad esempio, solo il 24% presentano volumi di attività superiori a 150 interventi annui, che è il numero minimo indicato dalle linee guida internazionali. Non va meglio per le strutture dove vengono curati tumori al polmone, al colon, allo stomaco. Eppure, tiene a sottolineare la direttrice scientifica di Agenas Marina Davoli, «la mortalità diminuisce man mano che aumenta il volume di attività. Insomma, si cura meglio dove si cura di più».

I commenti. I risultati del 2013 documentano sensibili miglioramenti delle situazioni regionali che nel 2010 e 2011 registravano condizioni di erogazione gravemente carenti per alcuni gruppi di patologie». Così il direttore di Agenas **Francesco Bevere** commenta gli "Esiti 2014", precisando che «laddove le regioni hanno assegnato ai Dg delle aziende sanitarie obiettivi di miglioramento relativi alle criticità evidenziate nel Pn, si è osservata una sensibile riduzione di quelle criticità, così come un miglioramento sempre più evidente quando si è intervenuti coinvolgendo direttamente i clinici, il personale sanitario e le società scientifiche». Un percorso da proseguire, secondo Bevere, secondo cui «la partnership con le regioni e con i professionisti è la carta vincente».

A sottolineare l'importanza dei dati e la necessità di "fare meglio" anche sul fronte delle rilevazioni, non sempre attendibilissime, è intervenuta la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**: «Per i direttori generali adeguarsi ai parametri del Programma nazionale esiti non è optional, ma un dovere. Dalle Regioni a statuto speciale - ha aggiunto Lorenzin - abbiamo difficoltà ad avere i dati. Fornire i dati dovrebbe invece essere un obbligo per le amministrazioni». Per la ministra, non riceverli «è inaccettabile». Lorenzin ha infine precisato che il Pn «non è uno strumento punitivo, ma ha l'obiettivo di intervenire per modificare le anomalie».

Per **l'Ipsavi**, il Programma nazionale esiti 2014, presentato oggi dall'Agenas, conferma indirettamente i timori e gli allarmi che il mondo delle professioni sta ormai lanciando da mesi: dalla mancanza di assistenza nella fase di mantenimento post-intervento - anche per l'effetto "svuotamento" di personale dagli ospedali nelle Regioni dove gli infermieri sono ormai all'osso - alle carenze del territorio e all'effetto «tampon» giocato dai Pronto soccorso.

Per **Annalisa Silvestro**, presidente della Federazione nazionale Ipsavi e senatrice in commissione Igiene e sanità a Palazzo Madama, le soluzioni ci sarebbero: «si aggrediscano le duplicazioni esistenti di centri decisionali, di funzioni e strutture che non danno risposte ai veri bisogni dei cittadini e che assorbono risorse impropriamente e penalizzano l'equità di accesso alle cure. Queste, oltre agli altri sprechi, sono le cose su cui le Regioni devono coraggiosamente intervenire per ottenere veri e duraturi risparmi, non riducendo il numero dei professionisti dedicati alla cura e all'assistenza, mettendo così a rischio (i dati parlano chiaro) oltre alla tenuta del sistema anche la salute dei pazienti».

«Il miglioramento delle performance ospedaliere evidenziato dal Piano nazionale esiti è anche frutto della continua azione di miglioramento qualitativo condotta in questi anni di magra dalle Aziende sanitarie», commenta il Presidente della Fiaso (Federazione Italiana Aziende Sanitarie ed Ospedaliere), **Francesco Ripa di Meana**. «L'abbattimento delle giornate inutili di degenza e il più diffuso raggiungimento degli standard internazionali di sicurezza, relativi al numero di interventi l'anno per reparto, sono infatti frutto della riorganizzazione della rete ospedaliera messa in atto da Regioni e management in questi anni». «Questo - prosegue Ripa di Meana - a dimostrazione che a volte spendere meno può anche fare il bene di assistiti e cittadini».

«Certo - aggiunge - il Piano esiti evidenzia ancora con d'ombra sui quali sarà necessario agire, specie analizzando i dati comparati fra presidi e/o aziende simili e di stesse aree, ma il trend di miglioramento impresso in questi anni in gran parte degli ospedali verrà sicuramente mantenuto visto che si allargherà la platea delle Aziende e Regioni che applicheranno gli obblighi previsti nel Patto, specie quelli relativi alle reti ospedaliere orizzontali e verticali. Il nostro compito - aggiunge il Presidente Fiaso - è di gestire al meglio con quello che abbiamo, usando la leva della riorganizzazione dei presidi, delle reti e dei percorsi clinici. L'importante - conclude - è però affermare che eventuali tagli non colpiscano indiscriminatamente chi questa razionalizzazione l'ha già in

larga misura fatta e chi no».

20 ottobre 2014

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

20 ottobre 2014

Programma nazionale esiti: sul podio degli indicatori Valle d'Aosta, Toscana e Trento

Il programma nazionale esiti presentato oggi dall'Agenza conferma anche nel 2013 la Toscana sul podio delle regioni a maggiore efficacia delle cure ospedaliere. Per il secondo anno è infatti tra le regioni con il maggior numero di indicatori al di sopra della media nazionale (il 27% del totale). A superarla c'è solo la Valle d'Aosta con il 29% degli indicatori sopra la media nazionale. A seguire la Toscana con il 24% la Provincia autonoma di Trento. Le regioni con meno coccarde risultano Abruzzo e Calabria, con solo il 13% di indicatori al di sopra della media.

Sul podio delle «peggiori», quelle con il maggior numero di indicatori al di sotto della media nazionale, troneggia la Campania con il 24%, seguita da Calabria e Puglia, entrambe con il 23 per cento. Ad avere il minor numero di indicatori al di sotto della media sono Toscana e Trento (9%) seguite dall'Umbria (12%).

20 ottobre 2014

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

20 ottobre 2014

Giornata da leone per Lorenzin. Sta con Renzi e attacca le Regioni: «Responsabili se salta il Patto». In serata stoccata finale: «Non avete il potere di tagliare la Sanità». Manovra/ Ecco l'ultima bozza

di Lucilla Vazza

Giornata lunga oggi per il ministro Beatrice Lorenzin, che in mattinata ha presentato i dati Esiti a cura dell'Agenas e che in serata ha preso parte alla conferenza stampa indetta dai ministri del Nuovo Centrodestra. Una giornata in cui il filo conduttore è stata la linea della fermezza contro le regioni riottose, in piena sintonia con il presidente del Consiglio Renzi.

Stamattina ha giocato duro, il ministro Lorenzin, che senza mezzi termini ha detto: «Se le Regioni decidono di far saltare il Patto per la Salute se ne devono assumere le responsabilità», e parlando dei sacrifici per 4 miliardi di euro che la legge di stabilità chiede alle Regioni, ha incalzato i governatori «Il patto per la salute serve ai cittadini italiani - ha precisato - non al ministro. Se le Regioni pensano di giocare un'operazione "do ut des" hanno sbagliato porta». Ultima stoccata in serata, a margine della conferenza del Nuovo centrodestra riguardo alle critiche espresse dai governatori sui possibili tagli ai servizi: «le Regioni hanno 4 miliardi da tagliare rispetto a tutte le voci di spesa. Io credo - aggiunge - che la sanità sia l'ultimo degli elementi in cui loro interverranno, soprattutto perché non possono farlo in modo diretto». Tradotto: le regioni non hanno il potere e non possono tiranneggiare il governo.

Inaccettabili rilevazioni a macchia di leopardo.

Stamattina, la prima bacchettata era arrivata presentando i dati Agenas. Lorenzin ha voluto sottolineare il senso della rilevazione e l'obbligo di collaborazione a fornire i dati per le misurazioni: «Disparità e differenze tra Regioni non sono più accettabili. Il Piano nazionale esiti non è uno strumento punitivo, ma ha solo l'obiettivo di intervenire per misurare le performance e modificare le anomalie. I direttori generali hanno l'obbligo di adeguarsi al Patto nazionale per la Salute. Per il ministro non ricevere i dati non è accettabile». E questo rimprovero era diretto a quei territori - soprattutto alcune regioni a statuto speciale - «l'invio delle informazioni richieste non è un optional, ma un obbligo», e come contraddirla, visto che alcuni dati sono stati inviati in maniera incoerente.

Il bonus bebè.

La giornata da leone della ministra si è conclusa con la spiegazione sul funzionamento del bonus bebè annunciato da Renzi ieri, nella trasmissione di Barbara D'Urso. Alle mamme con reddito inferiore ai 90mila euro andranno circa mille euro l'anno per tre anni, ovvero 80 euro al mese. Chi supera la soglia dei 90mila euro riceverà il bonus solo se ha un terzo figlio. «Abbiamo fortemente voluto questa misura - ha spiegato Lorenzin - perché se non nascono bambini il paese non avrà futuro e non potrà sostenere il welfare. Cercheremo di estendere queste misure per cinque anni».

20 ottobre 2014

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

I NODI DELLA SICILIA L'ANALISI di Lelio Cusimano

IL GIOCO DELLE TRE CARTE E LA REGIONE SI AVVIA AL TRACOLLO

Manca all'appello il 35% delle risorse regionali. Chiudere il bilancio 2014 sarà un bel problema, mentre quello del 2015 potrebbe diventare un dramma. Che cosa accade in una famiglia se il reddito dei suoi componenti si dimezza? In alternativa alla bancarotta, si mette mano ad una radicale riduzione delle spese. Che cosa accade alla Regione Siciliana, dove l'equilibrio tra entrate ed uscite è pregiudicato da tempo? Si è forse avviata una seria rivisitazione delle spese al fine di eliminare quelle improduttive? Niente di tutto questo. È stata messa in atto invece una tecnica, della quale non esiste neppure traccia nei manuali di contabilità pubblica: il «gioco delle tre carte». Si tratta di una «sofisticata» metodica che poggia sul rinvio dei pagamenti e sulla «distrazione» di risorse, cambiando la destinazione.

Per meglio inquadrare quello che è successo, può essere sufficiente ricordare che nel 2008 la spesa corrente della Regione ammontava a circa 20 miliardi di euro all'anno, mentre nel 2012 si è ridotta a 15 miliardi di euro. Nei due anni successivi, il 2013 ed il 2014, l'ulteriore contrazione è stimabile in circa due miliardi di euro. In definitiva, è venuto meno al circuito regionale il 35% delle risorse finanziarie. Ed in un'Isola, regione-dipendente qual è la nostra, tutto questo non può passare in maniera indolore.

Le cause della caduta della spesa sono molteplici. Le principali sono riconducibili alla riduzione dei trasferimenti statali, al patto di stabilità nel rispetto dei vincoli europei ed alla contrazione del gettito fiscale connesso all'involuzione economica del mercato siciliano; insomma se c'è la crisi manca il lavoro e cadono i consumi, con l'effetto di fare incassare alla Regione meno Irpef e meno Iva.

La strada maestra, senza alternative avrebbe dovuto essere quella del taglio della spesa; ma gli arzigli del molo della spesa pubblica sono stati appena spuntati; si è preferito il «gioco delle tre carte». La prima mossa di questo gioco consiste nel rinviare le spese. È infinito l'elenco dei creditori a vario titolo. Si lamentano i Comuni siciliani e le ex Province; protestano i forestali e gli operatori della formazione; contestano le imprese; reclamano i creditori della sanità, soffrono le società partecipate... La seconda mossa del gioco delle tre carte è più sotterranea ma non per questo meno deleteria: si prendono i soldi da una parte e si spendono da un'altra parte, lasciando comunque aperto un buco che necessariamente qualcuno dovrà poi colmare.

Qualche anno fa la Regione ha introdotto le famose maggiorazioni Irpef ed Irap, con un aggravamento del prelievo a carico dei lavoratori e delle imprese per coprire il deficit della sanità. E dire che appena nel 2008 la Regione si era già caricata di un mutuo trentennale di 2,8 miliardi di euro sempre per ripianare i debiti della sani-



La Regione ha scelto di attingere ai fondi in dotazione ad Irca e Crias per pagare l'ultima tranche di salari per i forestali

L'equilibrio tra entrate ed uscite è pregiudicato da tempo. E anziché rivisitare le spese si rinviano i pagamenti e si dirottano le risorse

tà. Raggiunto il pareggio di bilancio in sanità si poteva abbattere le tasse su lavoratori ed imprese; ma si è scelta invece un'altra soluzione: 218 milioni di euro originariamente destinati alla sanità sono andati al trasporto pubblico ed ai collegamenti con le isole minori, mentre altri 108 milioni sono riservati ai forestali. Il commento della Corte dei Conti è laconico: questa decisione è «in contrasto con i principi di veridicità del bilancio».

È di questi giorni la scelta di attingere ai fondi in dotazione ad Irca e Crias per pagare l'ultima tranche di salari per i forestali. Se Irca e Crias non sono utili che si chiudano; se servono non è opportuno privarli delle risorse istituzionali. Invece i primi 25 milioni sono stati già dirottati ed altri 25 milioni seguiranno presto la stessa sorte. Insomma si penalizzano le imprese agricole e cooperative per pagare salari.

Quanto può reggere questo gioco? Probabilmente è già finito. Il prossimo anno non ci sarà il gettito delle ad-

dizionali, anticipato a quest'anno con una finzione contabile. La coperta quindi è troppo corta e lascia sempre qualcuno senza protezione. Ma il vero taglio alla coperta arriverà con il primo gennaio 2015, quando la legge costituzionale 1/2012 sarà pienamente operativa. Scatterà allora per tutti, Stato, Regioni e Comuni, l'obbligo del pareggio di bilancio mentre, circostanza ancora più preoccupante, il bilancio sarà «consolidato»; in sostanza tutte le entrate, le uscite ed i debiti degli enti a carico della regione dovranno essere iscritti nel bilancio regionale. Emergeranno così le entrate (presunte) e le spese (certe) come anche i tanti debiti più o meno occulti dei comuni, delle società partecipate e degli innumerevoli enti attaccati alla mammella regionale. Del resto i primi segnali allarmanti arrivano già dal debito; è falso che la Regione abbia poco più di 5 miliardi di debito, mentre tra la stessa Regione, i Comuni, quello che resta delle province, gli IACP, i Consorzi di Bonifica, gli ex Consorzi ASI, le Aziende sanitarie... siamo ben oltre i 18 miliardi di euro di debito. Dal prossimo anno bisognerà iscriverli in bilancio.

Brucia sulla pelle dei siciliani il rischio di un tracollo che investirebbe l'Isola come uno tsunami; ma brucia ancor più la tattica attendista e dilatoria di quanti fanno prevalere le ragioni tattiche, i giochetti delle formule, dei rimposti e delle mozioni. In Sicilia non abbiamo uno spread che ci aiuti a percepire gli umori dei mercati, ma già si sente la eco dei tuoni.

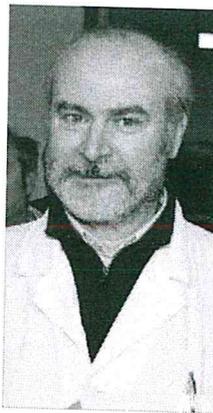
QUATTROCCHI RISCHIA DI FINIRE ALLA SBARRA PER LE FORNITURE ORTOPEDICHE, AVEVA DENUNCIATO IL MANAGER CIRIGNOTTA

Chiesto il processo per l'accusatore dell'Asp

GIUSI SPICA

AGLI investigatori aveva raccontato le pressioni subite dall'ex manager dell'Asp di Palermo per aggiudicare alla ditta Fater il maxi-appalto dei pannoloni da 41 milioni di euro. Una testimonianza chiave che aveva convinto i magistrati a chiedere e ottenere l'arresto di Salvatore Cirignotta. Ma da grande accusatore ora è passato dietro il banco degli accusati: per Giuseppe Quattrocchi, ex direttore del dipartimento di Riabilitazione, lo stesso che all'indomani delle sue denunce aveva accusato i nuovi vertici aziendali di averlo "licenziato", la procura di Palermo ha chiesto il rinvio a giudizio. Secondo l'accusa, avrebbe dato indicazioni perché nella prescrizione dei presidi ortopedici venisse scelta la ditta Tecnohab a scapito di altre.

Un'inchiesta partita dall'esposto di Vincenzo Varrica, vicepresidente nazionale di Assortopedica, che si è costituito come parte lesa nel procedimento sulle forniture di protesi



IL DIRIGENTE
Giuseppe Quattrocchi,
ex direttore
del dipartimento
di Riabilitazione

all'ospedale Villa delle Ginestre. Le indagini sono state svolte dai carabinieri del Nase il 5 dicembre il gip Sergio Ziino ha fissato l'udienza per decidere se mandare Quattrocchi dietro il banco degli imputati per abuso d'ufficio.

Outsider sbarcato a Palermo nel 2010 alla prima tornata di nomine firmate Cirignotta, è chiamato in comando dall'Asp di Messina per guidare il dipartimento di Medicina riabilitativa. Forte del sostegno dell'Mpa dell'ex governatore Raffaele Lombardo, comincia a collezionare poltrone su poltrone. Il pieno lo fa nelle commissioni di invalidi civili. Cirignotta gliene assegna ben quattro. Troppe? Evidentemente no, visto che poco dopo arriva anche la nomina nella commissione patenti speciali.

L'idillio si spezza solo alla vigilia della rimozione del manager, fatto fuori dal governo Crocetta per l'affaire pannoloni. Anzi, proprio Quattrocchi è il direttore del Provveditorato Fabio Damiani, entrambi membri

della commissione di gara, vanno dagli investigatori a raccontare che Cirignotta vuole agguistare la gara. Il dirigente conferma di aver ricevuto una pendrive con i verbali di gara su misura, gli stessi trovati poi a casa di Cirignotta. Il manager viene rimosso a febbraio, dopo un anno di indagini, finisce ai domiciliari, poi revocati. Attualmente ha il divieto di dimora in città.

Ma a fare le valigie è pure Quattrocchi. Il suo ingaggio è scaduto il 30 novembre scorso ed è tornato al suo posto al dipartimento Riabilitazione a Messina. Senza risparmiare strali ai nuovi vertici dell'Asp: «Il 15 marzo del 2013, quando Cirignotta era stato ormai estromesso da Crocetta grazie alle denunce mie e di Damiani, ricevetti una lettera formale di contestazioni — ha detto in un'audizione coi carabinieri a febbraio — mi si accusava di non rispondere al telefono, di non partecipare alle riunioni o di arrivare in ritardo». Poco dopo, il benserivito.

GIORNALE DI SICILIA

CRONACHE DALL'ISOLA

MARTEDÌ 21 OTTOBRE 2014
PAGINA 12

SANITÀ. Il professionista ha evitato dichiarazioni: «Prima devo chiedere il permesso all'Asp di Catania»

Giarre, torna al lavoro in ospedale il medico dei 20 giorni in nove anni

GIARRE

È rientrato al lavoro all'ospedale San Giovanni di Dio e Sant'Isidoro di Giarre il dottor Paolo Micali Bellinghieri, psicoterapeuta, medico, psicologo clinico, che in nove anni avrebbe lavorato solo una ventina di giorni. Il medico, di 45 anni, che ha vissuto a Messina, sua città d'origine, avrebbe usufruito di una borsa di studio dal primo giugno del 2005 al 31 ottobre del 2008. Il giorno del rientro avrebbe chiesto un congedo parentale fino al 31 maggio. Dal 4 al 21 maggio avrebbe prestato servizio al pronto soccorso dell'ospedale di

Giarre. Poi dal 22 maggio al 22 luglio sarebbe stato assente per malattia. Successivamente avrebbe ottenuto un permesso fino al 30 giugno scorso per una borsa di studio. Il suo ultimo permesso, concessogli dall'Asp per un dottorato di ricerca, sarebbe scaduto il 31 dicembre 2016, ma il dottore è rientrato anticipatamente al nosocomio giarrese, dove si starebbe occupando di amministrazione e non di pronto soccorso, il reparto al quale inizialmente era stato assegnato.

Il medico ha fatto sapere che essendo rientrato in piena attività lavoro-

rativa, «si attiene alle direttive aziendali» e quindi per potere rilasciare dichiarazioni ha bisogno di una autorizzazione della direzione generale dell'Asp.

Sin dalle prime battute della vicenda, il medico messinese in forza al presidio ospedaliero di via Forlani, ha sempre spiegato di essere «sereno, perché ho rispettato la legge: altrimenti i permessi non mi sarebbero stati concessi». E ha aggiunto che «i corsi sono serviti per arricchire le mie conoscenze professionali che metterò a disposizione dell'ospedale».

«È vero la legge è stata rispettata, ma ci sono problemi di opportunità - avevano replicato dall'Asp -, inoltre l'ultimo permesso è retribuito e noi non possiamo sfiorare il budget e sostituirlo. Questo ci crea problemi di organico nell'assistenza ai malati».

Il tutto mentre il caso dell'ospedale di Giarre giunge al Senato della Repubblica. Il senatore Pippo Pagano ha infatti presentato un'interrogazione parlamentare a risposta scritta al ministro della Salute sulla «in-cresciosa situazione di disarmo permanente dell'ospedale San Giovanni di Dio e Sant'Isidoro di Giarre, il cui stato di progressivo abbandono produce inevitabile e conseguente nocimento per la tutela della salute pubblica dei cittadini di un territorio così densamente popolato».

(MAP) MARIO PAFURI

Ospedale Garibaldi



I progetti del nuovo direttore generale, Giorgio Santonocito: «Bisogna introdurre un nuovo modello di sviluppo inclusivo»

«Tre direttrici per rilanciare l'Azienda»

Centro oncologico, area specialistica e vocazione all'emergenza-urgenza

Giorgio Santonocito è il più giovane tra i direttori generali della sanità dell'ultima generazione. Già ragioniere generale del Comune di Catania, è stato scelto dall'assessore regionale per dirigere l'Azienda ospedaliera Garibaldi.

Dott. Santonocito, dopo mesi di stallo la sanità catanese riparte.

«Serve innanzitutto l'introduzione di un modello inclusivo che metta in rete l'offerta sanitaria e sia in grado di seguire il paziente dall'accesso alla prestazione, passando dalle dimissioni protette, fino all'assistenza domiciliare integrata, all'accesso alla rete socio-sanitaria, assicurando corretti e tempestivi follow up, fino alla guarigione, alla riabilitazione, alla longodegenza e, qualora servisse, all'Hospice. Catania è partita con qualche mese di ritardo, ma grazie alle professionalità in campo, alla stretta sintonia creatasi con la Asp e all'interessamento del sindaco Bianco, che ha creato una commissione di esperti con funzioni consultive, si può oggi colmare quel gap di programmazione e progettazione che il protrarsi delle gestioni commissariali aveva impedito».

Con lo spostamento e il decentramento del pronto soccorso dell'Ove in altra struttura, il pronto soccorso di piazza S. Maria di Gesù non rischia una crescita ingestibile di accessi? «Dopo i primi interventi emergenziali (assunzione di 15 infermieri, reintegro degli organici del personale medico nelle aree critiche connesse all'emergenza, manutenzione degli impianti) abbiamo condiviso con l'assessore regionale Borsellino e con la commissione di esperti del sindaco il nuovo modello di sviluppo cui questo ospedale deve tendere per riconquistare il ruolo di Azienda sanitaria di rilievo nazionale. E ciò attraverso il rispetto di tre grandi direttrici: una pregnante vocazione oncologica; una forte

area specialistica e una vocazione all'emergenza-urgenza nel presidio Garibaldi-Centro».

Partiamo dall'emergenza-urgenza.

«Quello del Garibaldi di piazza Santa Maria di Gesù resterà l'unico pronto soccorso del centro di Catania, con una enorme rilevanza sia in termini di percorsi di protezione civile, in caso di eventi catastrofici, sia in termini di pronta accessibilità per tutta l'utenza del centro urbano. Due le soluzioni allo studio: l'immediato miglioramento strutturale dei locali che ospitano l'emergenza, al fine di avere spazi più adeguati e accoglienti. Peraltro, si sta potenziando il servizio di psicologia nell'area di emergenza e sarà a giorni attivato un nuovo software che consente agli



GIORGIO SANTONOCITO

operatori di pronto soccorso di vedere online la disponibilità di posti letto dei vari reparti, agevolando i ricoveri. Di fondamentale importanza gli interventi per migliorare l'accoglienza: sono quasi completi e saranno inaugurati nei primi giorni di novembre i nuovi locali per il ticket, così come sarà aperto al pubblico l'ingresso storico dell'ospedale, da piazza Santa Maria di Gesù, con annesso punto di accoglienza e informazione nella hall. In tema di accoglienza agli stranieri, al già attivo servizio di traduzione simultanea verrà affiancato quello di mediazione culturale. In ultimo, con l'Ordine dei farmacisti sarà attivata presto anche la cosiddetta farmacia dei servizi, che consentirà alle farmacie convenzionate di prenotare direttamente dai loro terminali le prestazioni ospedaliere».

Previsto anche un ambulatorio per i "codici bianchi" in modo da evitare gli accessi impropri al pronto soccorso?

«Avremo presto uno spazio che possa regolare meglio i flussi rispetto a quegli interventi che l'attività di triage non ritiene necessari inserire tra i codici supere-

riori. Con notevole riduzione dei tempi di attesa».

Un progetto realizzabile nell'arco di tre anni riguarda un nuovo Ps nella parte ovest dell'ospedale, per cui esiste già un finanziamento parziale.

«Il progetto prevede la costruzione di un nuovo stabile, moderno e completo, su cui far confluire tutte le attività di emergenza-urgenza. Inoltre, si sta studiando con la Cardiocirurgia del prof. Tamburino, del Policlinico-Vittorio Emanuele, un nuovo percorso per i soggetti infartuati, che necessitano di interventi in emodinamica».

Alla vocazione di emergenza il Garibaldi aggiunge l'alta specializzazione del presidio di Nesima.

«Ci siamo posti l'obiettivo di ripensare il presidio di Nesima quale Centro Oncologico. Abbiamo quindi pensato di sperimentare in tempi brevi il "Centro di accoglienza oncologica", che servirà ad accompagnare il paziente durante l'intero percorso di degenza, dal momento della sua ospedalizzazione fino al suo ritorno a casa, istituendo la figura del tutor, nonché creando specifici collegamenti con l'Azienda territoriale, i medici di base, le farmacie, la rete di riabilitazione, i servizi sociali e, ove fosse necessario, con l'Hospice, senza dimenticare il continuo supporto psicologico. Insomma, si tratta di avvolgere il paziente oncologico in una rete di assistenza in grado di ridurre al minimo i disagi di chi, apprestandosi ad affrontare un momento difficile della propria vita, deve pensare solo ed esclusivamente a curarsi. Inoltre, occorre intervenire strategicamente sulla ricerca dell'efficienza aziendale, dalla reingegnerizzazione dei percorsi di sala operatoria. Sino a poche settimane fa, gli interventi iniziavano non prima delle nove del mattino, con enorme spreco di risorse e un'inevitabile

sottoutilizzazione dei tempi operatori. Oggi gli interventi cominciano alle otto del mattino e proseguono fino alle ore diciotto, sabato incluso. Peraltro, allo scopo di accorciare i tempi di permanenza del paziente in sala operatoria, si sta creando la recovery room e aggiornando la sala risveglio. Inoltre, penseremo anche ad ammodernare il parco tecnologico, ormai vetusto a causa di anni di completa assenza di programmazione. D'altra parte talune attrezzature di elevatissimo valore non sono quasi mai state utilizzate, come ad esempio la Iort. Infine, stiamo attivando la Procreazione medicalmente assistita prevista dagli atti di programmazione regionale, dove il Garibaldi è centro di III livello, il più elevato e complesso. La settimana prossima inizieranno i lavori di adeguamento strutturale dei locali del reparto di ginecologia di Nesima, sfruttando la vicinanza delle sale dedicate al parto. Dal punto di vista amministrativo, stiamo invece riattivando tutte le gare il cui iter si era rallentato».

Cosa ne sarà invece dell'ospedale S. Luigi-S. Curro?

«Al S. Luigi-S. Curro si sta per concretare il primo esperimento di integrazione ospedale-territorio, attraverso un accordo che vedrà allocate nella struttura di via Fleming le attività ambulatoriali dell'Asp, mentre l'Azienda Garibaldi manterrà in sito un servizio di radiologia, a supporto delle attività territoriali, nonché le proprie attività di intramoenia».

Lo storico presidio "Ascoli-Tomaselli" pare invece destinato a ospitare una Cittadella della Giustizia.

«Una soluzione ottimale per la città, in grado di coniugare le esigenze di riutilizzo e rifunionalizzazione di un plesso ospedaliero ormai inutilizzato, con quella di dotare il Tribunale di locali e spazi adeguati, moderni, efficienti, in linea con le vigenti normative in materia sismica ed energetica».

ANGELO TORRISI

“ Possiamo colmare il gap di programmazione e progettazione che il protrarsi delle gestioni commissariali ha impedito ”

LA SICILIA

Enna

è provincia

martedì 21 ottobre 2014

L'ON. ALLORO CONSIDERA FUORI LUOGO «L'IMPROVVIDO ATTIVISMO» DEL MANAGER DELL'ASP

Il commissario uscente nomina tre primari e i direttori di Dipartimento all'«Umberto I»

«Sarebbe stato opportuno che avesse lasciato la competenza di questi atti al nuovo direttore generale in arrivo»

«L'improvviso quanto improvvido attivismo dell'ormai ex commissario straordinario dell'Azienda sanitaria, Giuseppe Termine, risulta essere non solo fuori luogo ma anche e soprattutto inopportuno, specie alla luce dell'ormai avvenuta nomina del direttore generale». A dichiararlo Mario Alloro, deputato regionale del Pd, che ha commentato l'avvenuta nomina di tre primari al nosocomio ennese, nonché al conferimento degli incarichi di direttore di Dipartimento funzionale.

«A tempo ormai ampiamente scaduto - prosegue Alloro - il commissario Termine non solo nomina tre primari, cosa che avrebbe potuto e dovuto fare molto tempo prima, ma procede nella sua azione, di fatto ormai conclusa, con atti di vera e propria programmazione sanitaria, qual è la nomina dei direttori di Dipartimento che, per un fatto di opportunità, sarebbe più giusto che

fosse adottata dal suo successore che, come tutti ben sanno, assumerà il ruolo di direttore generale con la conseguenziale necessità di adottare gli atti gestionali che riterrà più opportuni».

«Inoltre, è appena il caso di ricordare che la procedura che ha portato a tali nomine - aggiunge Alloro - risulta essere in palese contrasto con il Regolamento aziendale, in particolare nella mancanza del richiamo, a priori, dei criteri che si intende adottare per selezionare gli interessati. Mi farò carico di un'apposita iniziativa presso l'assessorato regionale alla Salute affinché gli atti consumati in questi giorni dal dott. Termine vengano prontamente revocati, in modo da dare al nuovo direttore generale dell'Azienda l'opportunità di programmare la propria attività senza invece trovare la tavola già apparecchiata da altri. L'unica cosa che resta da fare al dott. Termine è andarsene da Enna per ricoprire l'incarico

che il presidente Crocetta si è premurato di conferirgli».

E' arriva subito la replica ad Alloro dalla direzione generale dell'Azienda sanitaria, composta da Giuseppe Termine, dal direttore sanitario Emanuele Casarà e dal direttore amministrativo Giuseppe Messina. Intanto vogliono precisare che «non è stato nominato alcun primario, ma sono stati dati degli incarichi di primariato per sei mesi, in quanto i reparti interessati erano privi di un responsabile, e si tratta di nomine che hanno la validità per sei mesi. Per cui il dott. Ivano Vicari dal 10 ottobre e per sei mesi assume il ruolo di primario nel reparto di Riabilitazione, il dott. Vincenzo Di Marco nel reparto di Nefrologia, il dott. Giuseppe Greca nel reparto di Dermatologia, il



GIUSEPPE TERMINE

dott. Luigi Renato Valenti nel reparto di pronto soccorso. Per quanto riguarda l'ospedale Chiello di Piazza Armerina il dott. Rosario Camerino è stato nominato, sempre per sei mesi, nel reparto di Medicina e chirurgia, il dott. Giuseppe Vicari nel reparto di laboratori di Sanità pubblica e il dott. Claudio Millia nel reparto di Riabilitazione. Per quanto riguarda le nomine del Dipartimento funzionale la direzione generale non ha nominato alcuno, semplicemente ha inviato coloro che hanno i requisiti a presentare la necessaria documentazione per un'eventuale nomina possibilmente quando prenderà incarico il nuovo direttore generale».

FLAVIO GUZZONE

Chirurgia mininvasiva, esperti a confronto

Giovedì e venerdì un convegno al Cefpas. Come curare malattie degenerative e traumi alla colonna vertebrale

g. s.) Si terrà al Cefpas di Caltanissetta giovedì (con inizio alle ore 15,30) e venerdì (dalle ore 9) un convegno organizzato dal dott. Roberto Battaglia, primario del reparto di Neurochirurgia dell'ospedale "Sant'Elia", su "Le ultime frontiere della Chirurgia mininvasiva della colonna vertebrale", che vedrà la partecipazione di molti esperti della Sicilia e della Calabria. Tra gli invitati anche il prof. Greg Anderson, uno dei più apprezzati chirurghi del settore che, in collaborazione con lo stesso dott. Roberto Battaglia, per risolvere gravi sintomatologie conseguenti a malattie degenerative e patologie legate a traumi, ha realizzato una tecnica chirurgica mininvasiva percucanata messa a punto per il trattamento delle stenosi centrali e foraminali del canale vertebrale lombare.

Lo stesso chirurgo statunitense nello scorso mese di giugno è stato nel nosocomio nisseno dove, assieme al dott. Battaglia, ha operato due pazienti che non potevano più cam-

minare ed erano costretti a convivere con una situazione di handicap.

Lo scopo del convegno organizzato a Caltanissetta è anche quello di discutere e condividere assieme agli altri chirurghi le indicazioni ai diversi trattamenti mini-invasivi ed ai nuovi materiali che vengono via via proposti dall'ingegneria biomedica. Al convegno hanno già dato l'adesione anche molti chirurghi: Vincenzo Albanese, Raffaele Alessandrello, Giuseppe Barbagallo, Luigi Basile, Fabio Cacciola, Mauro Campello, Claudio Ceccotti, Salvo Cicero, Giuseppe Coniero, Luigi De Geronimo, Ettore Fiumana, Natale Francaviglia, Cesare Gambadoro, Antonino Gemmano, Umberto Godano, Giovanni Grasso, Gerardo Iacopino, Angelo Lavano, Marcello Longo, Luigi Manfrè, Giovanni Nicoletti, Maurizio Passanisi, Giuseppe Petrantoni, Giuseppe Ponzio, Alberto Romano, Francesco Salpietro, Franco Servadei, Francesco Tomasello, Giuseppe Vaccaro, Michele Vecchio e Fausto Ventura.



PROF. ROBERTO BATTAGLIA E GREG ANDERSON

©L'uso o la riproduzione, anche parziale - con qualunque mezzo e a qualsivoglia titolo - degli articoli e di qualsiasi altro pubblicato in questo giornale sono assolutamente riservate, e quindi vietate se non espressamente autorizzate. Per



L'ON. ALESSANDRO PAGANO

«Da ieri Urologia, Neurochirurgia e Chirurgia vascolare fanno due sedute e non 4»

L'ON. PAGANO ACCUSA. «Al S. Elia dimezzati gli interventi, anestesisti dirottati a Niscemi»

«Sedute operatorie ridimensionate»

Tutti gli interventi di Chirurgia previsti all'ospedale "Sant'Elia" di Caltanissetta da ieri sino a mercoledì prossimo verranno ridotti: «una situazione "sconcertante" - come è stata definita dal parlamentare nisseno Alessandro Pagano - che porta come conseguenza ad un ridimensionamento delle sedute operatorie: per cui in Urologia, in Neurochirurgia, in Chirurgia vascolare se ne faranno due invece che quattro, mentre in Chirurgia generale di interventi ne verranno assicurati due invece che tre».

«È tutto questo - ricorda il deputato del Nuovo Centro Destra - per tenere in vita all'ospedale di Niscemi una Chirurgia gestita in modo assurdo dai responsabili dell'Asp di Caltanissetta, i quali, con questa decisione contribuiranno ad aumentare al "Sant'Elia" le liste d'attesa degli interventi riguardanti patologie gravi e una perdita per il nosocomio nisseno di parecchie decine di migliaia di euro al giorno».

Quali le cause che hanno determinato questa situazione? «Perché - spiega l'on. Pagano - i due ane-

stesisti in organico all'ospedale di Niscemi sono in malattia, per cui, per tenere in vita un reparto "dilettabile", gli anestesisti nisseni sono costretti ad insediarsi a Niscemi, pur trovando lì un carico di lavoro quasi nullo. Infatti al "Basarocco" gli anestesisti di pomeriggio non hanno alcuna seduta operatoria, mentre la mattinata è dedicata a pochi interventi, tutti misteriosamente in urgenza. Credo invece che nella stragrande maggioranza dei casi, essi di urgenza hanno ben poco, e potrebbero essere tranquillamente programmati razionalizzando l'uso delle sale operatorie, così come si fa in ogni chirurgia del mondo civile. Va invece sottolineato che gli interventi chirurgici che di solito vengono effettuati all'ospedale di Caltanissetta sono mediamente complessi, e ciò anche perché il "Sant'Elia" rimane una struttura di terzo livello e deve dare delle risposte concrete a tutti i cittadini del centro della Sicilia che in esso affluiscono».

«Ad aggravare la situazione - sostiene ancora

l'on. Alessandro Pagano, riferendo notizie acquisite recentemente - alcuni pazienti di Gela vengono trasferiti a Niscemi per essere operati di appendicite: anche questo fa scandalo, specialmente se si pensa che a Caltanissetta pazienti con fratture gravi o con patologie oncologiche sono costretti a subire ulteriori allungamenti delle liste d'attesa. Assurdo dire agli operatori ospedalieri che presto verranno assunti degli anestesisti a Niscemi. La soluzione non va cercata in queste direzioni. Le decisioni sono organizzative e sono ben altre. La direzione generale dell'Asp deve assumersi subito la responsabilità di potenziare i due ospedali principali di Caltanissetta e di Gela: questa è la vera "battaglia" da affrontare e da vincere. Nessuno oggi può più sopportare costi economici e rischi sanitari così spaventosamente alti pur di soddisfare il desiderio di qualche operatore sanitario di qualche piccola realtà territoriale che continua a pensare che il mondo si è fermato al 1980...».

Dolore. A 4 anni dalla normativa d'avanguardia su cure palliative e terapie con oppioidi e anti-infiammatori sembrano carenti le corrette diagnosi e il conseguente uso dei farmaci. 13 milioni gli italiani con problemi di cronicità

Sofferenza sottovalutata la buona legge non basta

MARIA PAOLA SALMI

L DOLORE CRONICO, non oncologico, è un problema socio-economico oltre che sanitario. A quattro anni dalla legge 38/2010, per ora la sola in ambito europeo a garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, manca ancora l'appropriatezza diagnostica e terapeutica e i medici necessitano di informazione e formazione. Questo lo scenario tratteggiato nel Libro Bianco, edito da *AboutPharma* con il sostegno incondizionato di Mundipharma, presentato nei giorni scorsi a Roma durante il convegno "HOPE Health Over Pain Experience". Negli Stati Uniti la spesa del dolore cronico è superiore a quella di diabete, ipertensione e cancro insieme. In Europa il 20% della popolazione ha a che fare con un'esperienza di dolore prolungato nel tempo, mentre uno recente studio italiano stima la prevalenza del dolore cronico come pari al 21,7% della popolazione, circa 13 milioni di italiani il 41% dei quali

dichiara di non aver ricevuto un trattamento adeguato. Nel complesso il costo sociale del dolore cronico in Italia ammonta a 36,4 miliardi di euro all'anno (circa 4.557 euro a paziente).

«Su 13 milioni di pazienti si può ritenere che un terzo non si curi o lo faccia di tasca propria», dice Carlo Lucioni, senior Health Economist di Health Publishing and Services. Il mercato dei farmaci per il dolore (FANS, oppioidi deboli e forti) è cresciuto, sdoganando gli oppioidi ma nel confronto con gli anti-infiammatori non steroidei (FANS), questi ultimi rimangono i farmaci più utilizzati con una spesa nel 2013 che ha toccato i 240 milioni di euro contro i 179 degli oppioidi di cui 101 per quelli forti. L'Italia rimane ancora il Paese con la minore attenzione al problema dolore, ultima tra i top5 paesi europei per consumo di oppioidi e al primo posto per utilizzo di FANS. «La parte normativa è fatta, non c'è niente da aggiungere, è perfetta tanto da tutelare rispetto al dolore anche i bambini, quel che manca è l'informazione e la prepa-

razione dei medici - osserva il professor Guido Fanelli, presidente della Commissione ministeriale Terapie del dolore e Cure palliative. Tornando ai dati nel Libro Bianco, i FANS sono prescritti soprattutto per il dolore osteoarticolare, in genere da parte del medico di medicina generale, questo nonostante si conoscano bene gli effetti collaterali sull'apparato gastrointestina-

**I Fans restano ancora i medicinali più utilizzati ma spesso sbagliando
Attenzione agli effetti collaterali**

le e sul sistema cardiocircolatorio e in controtendenza rispetto alle linee guida, all'allarme delle autorità e ai dati scientifici. Gli oppioidi sono utilizzati in ambito ospedaliero nella maggior parte dei casi e prescritti in modo inappropriato, fatto che genera la tendenza, tipica del nostro paese, all'autoprescrizione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA