



RASSEGNA STAMPA Venerdì 17 Gennaio 2014

Per i costi standard cinque regioni al top
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Sanità CRAC
L'ESPRESSO

L'interesse fa accedere alla cartella clinica
Garante privacy
IL SOLE 24 ORE

Sanità rivisti i criteri per dare i fondi statali alle Regioni
IL GIORNALE

Sanità, ricoveri in calo ma il Sud sempre bocciato
IL MESSAGGERO

Cure transfrontaliere, favorita mobilità pazienti tra Regioni
DOCTOR33

Infermieri italiani sull'orlo di una crisi di nervi
CORRIERE DELLA SERA SETTE

**Parte della Rassegna Stampa allegata è estratta dal sito del
Ministero della Salute**

Sanità. Livelli essenziali di assistenza

Per i costi standard cinque regioni al top

LA CLASSIFICA

In vetta Emilia-Romagna, Toscana, Veneto, Lombardia e Piemonte. Maglia nera la Campania, poi Calabria, Puglia, Molise e Abruzzo

Roberto Turno

■ Prima l'Emilia Romagna, al secondo posto a braccetto Toscana e Veneto, poi Lombardia e Piemonte. Se i "giochi" si chiudessero oggi, sarebbero queste le cinque regioni benchmark da cui scegliere le tre migliori per definire i costi standard sanitari per il 2014 e dunque la spartizione di oltre 110 mld. Cinque regioni regine, stando alla griglia temporanea di applicazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza), alle quali fanno da contraltare le "regioni canaglia" in fondo alla classifica: ultima la Campania, poi Calabria, Puglia, Molise e Abruzzo. Tutte del Sud, tutte (tranne la Puglia) commissariate, con il Lazio (pure commissariato) appena un gradino più su.

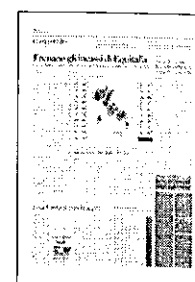
A fare le pulci ai governatori è stato il comitato permanente di verifica dei Lea del ministero della Salute. Che, oltre a dare i primi voti parziali, ha anche stilato una classifica impietosa di inadempienze, che in pratica tocca tutto ciò che "fa sanità", o che almeno dovrebbe, soprattutto nelle regioni bocciate.

I giochi, però, non sono ancora chiusi, mancano le valu-

tazioni sugli aspetti economici. Che però difficilmente sposteranno più di tanto gli equilibri e i gradini in classifica. Mentre qualcosa potrebbe cambiare per i criteri di applicazione dei costi standard. Ieri il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha infatti svelato in un'audizione alla Camera sul federalismo fiscale, che gli attuali criteri potrebbero cambiare, ma dal 2015, anche prevedendo forme di premialità anche per le regioni che si avvicinano verso la convergenza rispetto alle regioni benchmark. Un'ipotesi molto simile a quella da tempo sponsorizzata dalla Toscana, che propone l'abolizione del benchmark ristretto a una rosa di regioni, per allargarlo invece a tutte quelle con i conti a posto. Escluse dunque quelle sottoposte a piani di rientro, le cui modalità peraltro saranno riviste col prossimo «Patto per la salute».

E proprio ieri sul «Patto» c'è stato un vertice tra le regioni e il ministro, in vista di un autentico tour de force che dovrebbe portare all'intesa finale al più tardi per fine febbraio. Una marcia in combinata con i lavori sulla spending review. Con l'obiettivo di rafforzare il ruolo di controllo del ministero sull'applicazione delle riforme: un semi passo indietro, è la speranza diffusa, dal federalismo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'EspressoData 23-01-2014
Pagina 54/58
Foglio 1 / 5

SANITÀ CRAC

Più della metà degli italiani non ha assistenza. Colpa di tagli e ristrutturazioni. Fatti alla cieca. Siamo andati a vedere cosa succede negli ospedali. In attesa dei due miliardi promessi da Letta

DI DANIELA MINERVA

Può capitare, in una tarda serata d'inverno di finire, per una sciocchezza, al Pronto soccorso. Basta un niente, un'aritmia cardiaca passeggera ed eccoli lì, nell'inferno dell'unico luogo dove trovano rifugio anziani, disabili di vario genere, povera gente che non sa che dove andare.

Lo abbiamo fatto. Abbiamo trascorso una notte al Pronto soccorso dell'ospedale San Carlo di Milano, un grande nosocomio di periferia. Chiuso nella nebbia del Lorenteggio, accerchiato da palazzoni grigi, strade senz'anima; poco lontano dai campi Rom e molto vicino al territorio di bande giovanili in guerra chissà perché. Affollato già alle sette di sera. E poi progressivamente sempre più inverosimile man mano che avanza la notte. Inverosimile se si va a cercare sui protocolli della buona sanità cosa deve essere un Pronto soccorso. Ci si deve aspettare l'arrivo di incidentati, di feriti, di persone colpite all'improvviso da attacchi di cuore o cerebrali. Insomma, gente che ha bisogno di quella che i manuali e le molte fiction televisive ci hanno presentato come "medicina d'urgenza".

E invece no. Sono coloro che non sanno

dove andare i grandi protagonisti della scena, anziani soprattutto. Con l'influenza o in stato confusionale, dovuto magari a una caduta da niente che non ha ferito il corpo ma spazzato la mente. Stanno lì, buttati tutti insieme. Lottantenne che urla tutta notte impropri contro il figlio che chissà dov'è: non ha nulla, ma l'hanno portato lì perché non sanno occuparsene.

Si alza più volte, accenna a rivestirsi e andarsene e gli infermieri gli ringhiano di stare buono, lo rimettono a letto con poche cerimonie. Accanto a lui, un metro al massimo, una signora caduta per uno scippo: niente di rotto ma la paura l'ha fatta strappare. Piange e chissà se si accorge che quell'uomo di fronte a lei ha sporcato il letto e che gli infermieri, brontolando sonoramente, puliscono senza neanche chiudere la tenda. E nel cambiarlo si lasciano dietro una scia di urina che si seccerà e resterà lì tutta la notte. Di certo lo nota quel cinquantenne in fibrillazione atriale: deve semplicemente essere monitorato finché il cuore non smetterà naturalmente di fare capricci; ma anche per lui l'unica chance è stata la lettiga dov'è finito a trascorrere la notte occupando spazio e sprestando risorse come quasi tutti quelli che sono lì invece che in una struttura molto più idonea a gestire la pic-

cola patologia. Inevitabilmente più umana. Arriva però un giovanotto colpito da un'arma da fuoco e poi un povero ragazzo frantumato in un incidente di motocicletta che viene portato in sala operatoria e mobilità, finalmente all'uopo, la grande e costosa struttura di medicina d'emergenza.

E al cronista si palesano insieme le due grandi malattie della sanità post berlusconiana: troppa gente, anziani soprattutto buttati su un letto che costa oltre mille euro al giorno e un degrado che va di pari passo con la progressiva assenza di risorse e gestione economicistica dei luoghi di cura. Cominciamo dall'affollamento nei Pronto soccorso e nei reparti. Questo, infatti, accade, quasi ovunque: la gente non sa che fare, il medico di base è andato a cena e comunque non potrebbe fare gran ché nel suo studiolo, e va al Pronto soccorso. Che non può mandare i malati dove troverebbero la miglior cura: in strutture capaci di gestire un'influenza o un anziano malconcio, o nei reparti in caso di ▶ attacchi di cuore o di insufficienze respiratorie gravi, ad esempio, quando è necessaria una terapia medica specialistica. Non può farlo perché le strutture assistite sono pochissime e strapiene, come lo sono gli stessi reparti, ingolfati spesso perché costretti a tenersi i malati ben oltre il tempo necessario alla tera-

pia ospedaliera: non sanno dove mandarli per le cure che devono comunque fare. I tagli hanno spazzato via molte strutture, magari sprecone e da riformare, che però servivano a questi pazienti che i clinici chiamano "postacuri". Gli stessi tagli che hanno giorno dopo giorno aumentato il degrado. Perché se non ci si capacita del fatto che, come abbiamo visto al San Carlo, uomini e donne convivono a frotte in stanze senza separazioni, resta pur vero che nei nosocomi assediati, privati di risorse e di personale, la dignità del malato può diventare un lusso. Se il cronista finisce per odiare con tutte le sue forze i due infermieri di turno che apostrofano i vecchi e non tirano le tende, resta il fatto che tutto quel carico di lavoro e sofferenza pesa su gente che guadagna meno di 1.500 euro al mese, che ha subito ristrutturazioni e tagli, che non viene mai e poi mai coinvolta nel governo dell'ospedale ormai in mano a quelli che i clinici definiscono con una punta di disprezzo "gli amministrativi".

TRENTA MILIARDI IN TRE ANNI

Il Pronto soccorso è la fotografia del sistema sanitario di un paese, e se basta una stagione influenzale debole, come quella in corso, a far salire del 30 per cento gli accessi, a riempire il Niguarda di Milano, a spingere i pazienti a sfondare la porta d'accesso del San Giovanni Bosco di Torino o a restare fino a cinque giorni su una barella qualunque in attesa di un ricovero a Roma vuol dire che le cose non sono più sotto controllo. E che, di conseguenza, la maggior parte dei cittadini italiani non ha buona assistenza. Lo racconta l'incessante ritornello delle cronache locali; lo dimostrano le cifre del Rapporto Oasi del Cergas Bocconi che sarà presentato nei prossimi giorni, e che "l'Espresso" anticipa qui.

Così è andata: dall'estate del 2011 a oggi Asl e ospedali hanno perso 30 miliardi di finanziamenti e centinaia di operatori andati in pensione e mai sostituiti. Mentre è lettera morta la promessa di avere sparsi ovunque piccoli presidi sanitari capaci di gestire gli anziani e le patologie meno gravi per lasciare ai grandi ospedali solo quei malati che hanno bisogno di medicina d'urgenza o altamente specializzata. Da quell'estate in poi, tre ministri hanno allestito altrettanti piani e decine di "tavoli" per farlo, ma ben poco è stato realizzato; e il decreto ad hoc emanato da Renato Balduzzi nel 2012 è quasi ovunque inattuato. Serve a poco a dire che ci sono regioni - Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Marche e Veneto, di fatto - dove quello che burocraticamente si chiama "il territorio" è da anni potenziato e altre, come la Lombardia dove si prova, con scarsi successi, a farlo. Nel resto del Paese non c'è proprio niente. Eppure non si può fare diversamente. E sulla carta sembra persino semplice: organizzare i medici di base di modo che servano i loro malati 24 ore al giorno, in luoghi capaci di

gestire piccolissime patologie, come l'influenza; avere assistenza domiciliare per i malati cronici e gli anziani e presidi capaci di accogliere i dimessi dagli ospedali e bisognosi di riabilitazione o altra assistenza.

A leggere il Rapporto Oasi della Bocconi, invece, emerge chiaramente che mezz'Italia è sanitarmente al crack: l'austerità ha rimesso in gran parte i conti in ordine ma ha creato una crescente inadeguatezza dei servizi. La buona notizia, però, c'è. Ed è nella legge di stabilità: per la prima volta dal 2011 il Fondo sanitario cresce, di due miliardi. Non solo: le strutture sanitarie del Paese indicheranno dove e come fare i tagli della spending review; e il governo ha promesso che tutti i denari risparmiati saranno reinvestiti nel Ssn. «È una grande occasione. Ci dà il fiato per poter fare le riforme», chiosa il presidente dell'Agenas (l'agenzia per i servizi sanitari regionali) Giovanni Bissoni. Un'occasione, dunque. Ma per capire il da farsi serve un passo indietro. E bisogna tornare ai dati della Bocconi.

OCCHIO AI SOLDI, NON AI MALATI

Perché per la prima volta è proprio il dossier degli economisti più blasonati d'Italia a indicare il disastro della gestione economicistica della sanità. A partire dagli effetti dei cosiddetti Piani di rientro imposti alle regioni con deficit monster (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia). I bocconiani hanno fatto i conti e misurato che «il disavanzo annuale del Ssn è notevolmente ridimensionato, sceso dal 17,3 per cento del 2011 allo 0,9. E questo anche perché scende il deficit sanitario delle regioni con Piano di rientro». Ma, continua Elena Cantù, coordinatrice del Rapporto Oasi: «Questo non trova corrispondenza sul piano della capacità di rispondere ai bisogni e di erogare servizi. I Piani di rientro non sembrano sin ora stati capaci di attivare processi di positiva evoluzione organizzativa».

Insomma, messe sotto tutela dal governo perché troppo indebitate le regioni spendaccione hanno risposto immanzitutto imponendo tasse locali, e poi sforbiciando a caso gli ospedali senza organizzare l'assistenza ai malati che deve esserci fuori dai loro cancelli. E questo perché, sottolinea ancora Giovanni Bissoni: «I Piani hanno avuto la finalità di ridurre la spesa. Ma hanno promosso pochissimo la riorganizzazione dei servizi come invece avrebbero dovuto. Così è accaduto che, per lo più, essi sono peggiorati». E non ci si deve stupire a leggere nel rapporto fatto dalla stessa Agenas, che in Campania e Calabria ▶ l'assistenza negli ospedali è peggiore che altrove, o che un grande nosocomio come quello di San Giovanni Rotondo in Puglia è costretto a sospendere l'erogazione di una terapia salvavita per l'epatite C, come han-

no denunciato i malati raccolti nell'associazione Epac.

L'austerità ha fatto molto più male nelle regioni del centro-sud; il risultato è che oggi il nostro è il Paese con maggiore disparità territoriale in Europa, in materia di sanità. E, sintetizza Bissoni: «L'Italia è divisa in due ancora più di ieri. Questi tre anni sono stati terribili per tutti. Dalle Marche in su i sistemi hanno più o meno retto, altrove, purtroppo, no». E non è neppure che gli italiani abbiano deciso di spendere di tasca propria per curarsi. Anzi: «La spesa privata è calata. E le differenze tra le regioni in merito non sono legate al funzionamento della sanità pubblica, ma ai diversi livelli di reddito. Le regioni meridionali sono infatti quelle in cui i cittadini spendono meno anche in sanità privata», conclude Elena Cantù. Insomma: dove il reddito è più basso, la gente semplicemente non si cura.

MANO TESA DEL GOVERNO

Ma i soldi messi a disposizione dal Patto di stabilità sono oggi l'occasione per invertire la rotta: «Adesso bisogna utilizzare questa boccata di ossigeno per accelerare la riorganizzazione», sentenzia Bissoni: «E puntare dritti all'obiettivo che ci si è posti per avere una sanità moderna: ridurre ancora i posti letto in ospedale, che devono scendere a 3,7 per mille abitanti, riorganizzando i Pronto soccorso, medici di base e le strutture capaci di accogliere degnamente anziani e lungodegenti».

È un rebus senza soluzione: senza ridurre gli accessi agli ospedali, non si riesce a renderli altamente specializzati e capaci di rispondere al meglio a malattie gravi - dal cancro a quelle neurologiche, a quelle dovute a traumi - perché non ci sono soldi e i sanitari sono ingolfati da bambini con l'influenza e anziani in stato confusionale. I dati Oasi ci mostrano che ancor oggi i ricoveri degli over-65 vanno ben oltre le esigenze reali (vedi tabella qui sopra). Ma contemporaneamente se non ci sono i denari per offrire un'alternativa, fare un accordo coi dottori di base e convincerli a creare i presidi attivi H24 ad esempio, medici ospedalieri e cittadini non sanno che fare. Ed è sempre l'Oasi a mostrare che ancora oggi dai reparti di chirurgia (dove dovrebbero trovarsi persone che hanno avuto interventi chirurgici seri) vengono dimessi malati che hanno, invece, ricevuto solo cure mediche, magari banali (vedi tabella qui sopra). Nelle more di questo rebus imperversano «gli amministratori» che

L'EspressoData 23-01-2014
Pagina 54/58
Foglio 3/5

danno seguito al mandato di «ridurre i posti letto» e di «riorganizzare la rete ospedaliera»: i due mantra che hanno portato sin qui al disastro nel centro-sud e una serie incessante di disservizi in tutti il Paese. Perché attuati senza tenere presente quella che in sanitate si chiama «operatività delle reti cliniche». E che prende forma, ad esempio, nel paradosso lombardo: la giunta di Maroni dovrebbe chiudere 170 piccoli ospedali perché la riorganizzazione firmata Balduzzi chiede di eliminare quelli con meno di 120 letti. Ma se ciò accadesse, la regione finirebbe con l'avere solo 2,59 posti per mille abitanti, ben al di sotto di quanto posto come obiettivo dallo stesso decreto.

«Per mettere in ordine la sanità serve un grande sostegno progettuale. Che non c'è», conclude Bissoni. Le fila le tira il ministero dell'Economia. Quello della Salute può solo sgridare gli inadempienti, è un ministero debole. Beatrice Lorenzin ha un bel da annunciare un nuovo e potente Patto per la salute entro la primavera. Tutti sanno che poi ad attuarlo saranno i Governatori, ognuno per i fatti suoi. Che se la vedranno con Saccomanni o chi per lui. Insomma, rischia di prevalere ancora la logica dei conti in ordine a scapito dei malati. Come ben dimostrano gli effetti del blocco del turn over tra medici e infermieri che raccontiamo nelle pagine che seguono.

ha collaborato Antonino Michienzi

Mi manda il Celeste

Bastano poche righe per portare a casa soldi pubblici: Per contribuire al funzionamento dell'Istituto nazionale di genetica molecolare è autorizzata a decorrere dal 2014 la spesa di un milione. Et voilà, la legge di stabilità fa piovere soldi sulla fondazione Ingm che ha il suo quartier generale nell'ospedale Maggiore di Milano. Nata nel 2004 e fortemente voluta dall'ex ministro berlusconiano della Salute Girolamo Sirchia, viene finanziata con una dote iniziale da oltre 58 milioni di euro per i primi tre anni di vita. Lo scopo è nobile: «Progetti di ricerca altamente innovativi, in collaborazione con gli Stati Uniti, per la tutela della salute nei settori dell'oncologia, malattie rare e bioterrorismo». Da allora ogni anno, arrivano i contributi di Roma e della Regione Lombardia, 2 milioni nel 2013. Il rapporto con la Regione spiega anche l'incarico per Alberto Perego, amministratore delegato della Fondazione e amico di Roberto Formigoni suo coinquilino in una comunità del Memore Domini, nucleo nobile di Comunione e Liberazione, di proprietà dell'ex costruttore Salvatore Ligresti. Perego è un fiscalista condannato in primo grado per falsa testimonianza: ha cercato di nascondere i propri conti esteri nell'inchiesta Oil for Food, il piano di aiuto per l'Iraq di Saddam Hussein sotto embargo, diventato uno scandalo internazionale di tangenti con Roberto Formigoni e il ministro iracheno Tarek Aziz come protagonisti. In Svizzera sul conto di Perego, secondo la ricostruzione del pm milanese, arrivava un fiume sotterraneo di finanziamenti che inondava Cl.

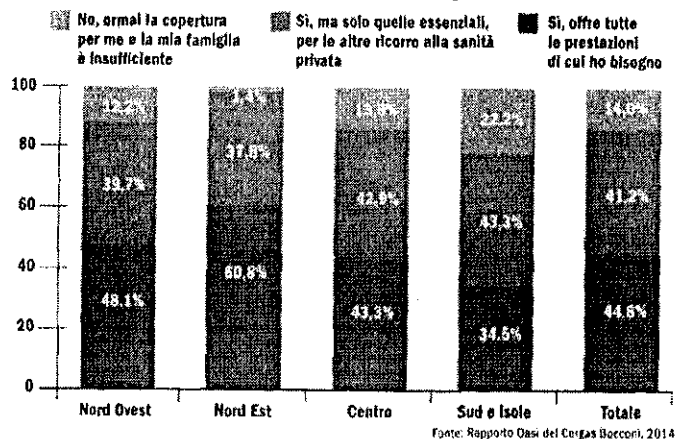
Michele Sasso

LE REGIONI IN DEFICIT HANNO MESSO TASSE E TOLTO REPARTI. SENZA PENSARE ALLA SALUTE DELLA GENTE

Aiuto, ho perso il Servizio

Giudizio sul grado di copertura dei bisogni offerto dal SSN risposta alla domanda

"Il Servizio Sanitario Nazionale offre le prestazioni di cui ha bisogno?"



Eppur si spreca

	Percentuale di ricoveri non efficienti		Percentuale di ricoveri eccessivi di ultra65enni	
	1996	2011	2006	2011
Piemonte	28,6	24,8	7,7	6,5
Valle D'aosta	50,7	39,4	9,2	10,3
Lombardia	38,4	29,0	4,9	6,0
PA Bolzano	44,3	41,0	4,9	4,0
PA Trento	42,1	39,2	8,4	6,9
Veneto	41,9	32,6	7,1	7,5
Friuli V.G.	36,1	28,3	6,5	6,0
Uguria	40,5	34,0	5,2	5,7
E. Romagna	34,5	24,9	3,9	3,2
Toscana	41,5	26,5	3,9	3,2
Umbria	47,3	30,7	3,1	3,5
Marche	40,2	25,3	5,0	5,4
Lazio	43,4	33,4	5,9	5,7
Abruzzo	51,1	34,1	3,3	4,6
Molise	46,9	36,2	4,7	4,6
Campania	53,4	37,6	2,9	3,0
Puglia	52,9	37,4	3,6	3,6
Sicilia	54,4	35,1	2,6	3,0
Sardegna	50,1	40,2	5,2	4,9
ITALIA	44,9	31,9	4,6	4,8

* Sono le dimissioni di pazienti non operati ma comunque ricoverati in reparti di chirurgia.

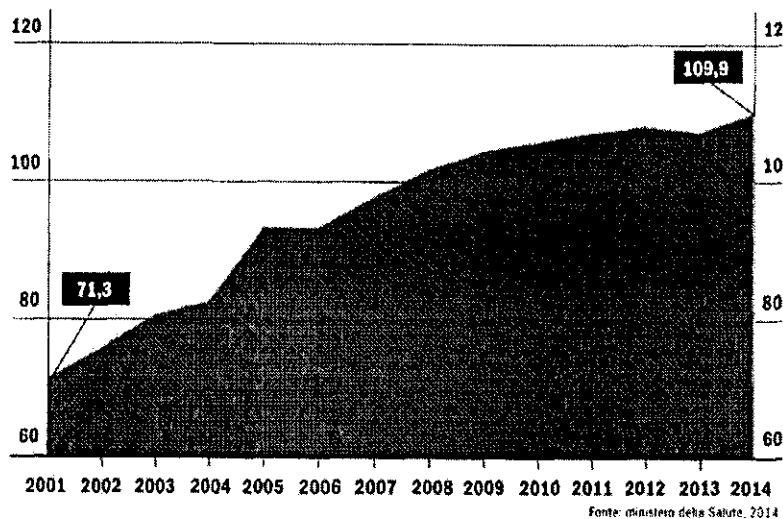
** Si tratta di ricoveri in regime ordinario per pazienti acuti che eccedono il valore cosiddetto soglia, ovvero massimo stanze gli accessi e l'epidemiologia della popolazione.

Fonte: Rapporto Oasi 2014 - Elaborazione su dati SDQ, Ministero della Salute

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Inversione di tendenza

Finanziamenti al Servizio Sanitario Nazionale (in milioni di euro)

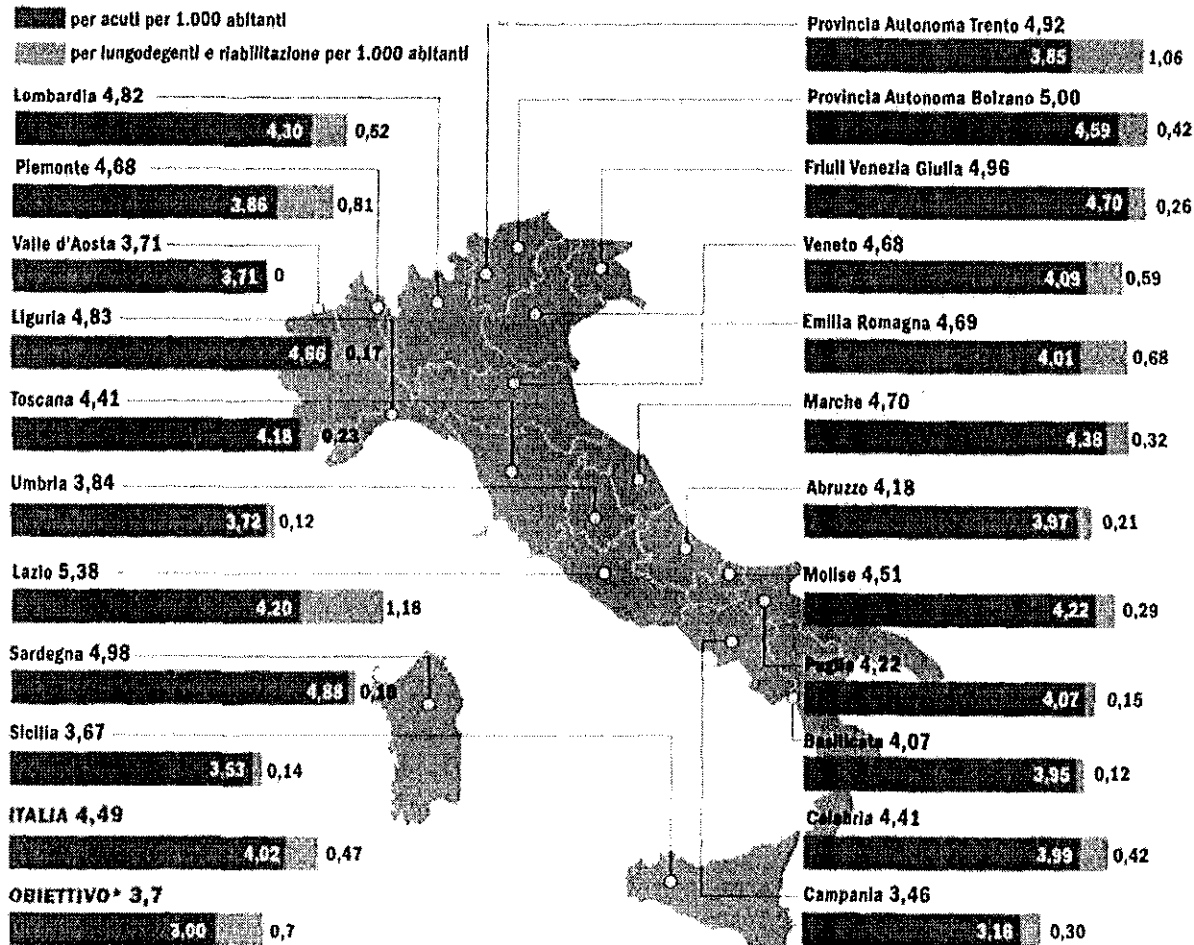


Cura dimagrante

Regione, totale posti letto di cui:

per acuti per 1.000 abitanti

per lungodegenti e riabilitazione per 1.000 abitanti



*Obiettivo posto nei provvedimenti emessi dal 2011 ad oggi. Fonte: Osservasalute 2013

L'EspressoData 23-01-2014
Pagina 59/60
Foglio 1/2

Il dottore non c'è più

Ventimila sanitari. Andati in pensione e mai sostituiti. Così a Roma si devono chiudere le dialisi, a Torino scoppia la chirurgia. A Milano...

DI ANTONINO MICHIEZI

Maria Miroballi è un medico. Lavora in un Servizio per le Tossicodipendenze nell'hinterland romano. Fino a due mesi fa, tre volte alla settimana, faceva i 30 km che dall'ufficio la portavano al Policlinico di Tor Vergata della capitale per sottoporsi alla dialisi. Di sera, in modo che il periodico lavaggio del sangue di cui ha bisogno a causa del malfunzionamento dei reni interferisse meno possibile con la sua vita e con il suo lavoro. Ma da settembre l'organizzazione delle sue giornate è saltata, insieme al turno di dialisi notturno di Tor Vergata. Il numero di medici e infermieri non era sufficiente a garantire il servizio serale. Assumere di nuovi è impossibile per via del blocco del turnover che negli ultimi cinque anni ha sottratto circa settemila dipendenti, tra medici, infermieri e tecnici alla sanità laziale. E adesso Maria rischia il lavoro. «Devo sottopormi a dialisi tre pomeriggi a settimana. E ciò significa che mi è impossibile coprire tutti i turni», racconta.

Va così a Roma, dove i servizi di dialisi degli ospedali pubblici stanno cadendo come le tessere di un domino sotto la spinta di una carenza di personale che è ormai diventata insostenibile. Via il turno di notte all'ospedale San Camillo. Riduzione dei turni al Santo Spirito. In bilico la dialisi del Fatebenefratelli. Al San Giovanni, nel volgere di pochi mesi sono stati prima smantellati i posti letto del reparto di Nefrologia, poi dimezzati i posti del servizio dialisi, infine eliminata la guardia nefrologica notturna: per le urgenze i pazienti dovranno rivolgersi al lontano ospedale Sant'Eugenio. «Che le devo dire? È come in tutta Italia. Siamo rimasti io e altri tre medici. Venti giorni fa, dopo un turno di 12 ore, mi sono ritrovato da solo ad assistere i malati che facevano dialisi», dice il primario del reparto, Alessandro Balducci, 62 anni e alle soglie della pensione.

In vano le direzioni generali degli ospeda-

li hanno chiesto alla Regione Lazio una deroga al blocco per poter assumere dei nefrologi. Il fatto è che medici e infermieri sono costretti al superlavoro e «quando non si può più garantire la sicurezza del personale e dei malati siamo costretti a ridurre i servizi», dice Angelo Tanese, il direttore generale della Asl Roma E a cui fa capo l'Ospedale Santo Spirito. Chiuse o ridotte le nefrologie ospedaliere ai malati tocca di andare nelle case di cura e nei centri dialisi privati. Che prosperano all'ombra della crisi. E che comunque, il più delle volte, quando, come spesso succede, le condizioni del malato si aggravano, lo scaricano di nuovo sull'ospedale. Secondo il database della Società italiana di Nefrologia, a Roma dei 750 posti dialisi disponibili, più di 400 sono privati, quasi sempre accreditati e quindi retribuiti dalla mano pubblica.

Quella del blocco del turnover è una storia che parte da lontano. Innanzitutto dal provvedimento che riguarda tutto il pubblico impiego, congelato fino al 2017. Per ospedali e Asl c'è una deroga, ma a patto che abbiano i conti in ordine. Quindi le regioni con debiti monster soggette a Piani di rientro non possono sostituire i pensionati, ma anche quelle virtuose, spinte dalla crisi di cui abbiamo detto nelle pagine precedenti, hanno bilanci in rosso e devono rinunciare a medici e infermieri. Così, se nel 2009 la sanità pubblica poteva permettersi il lusso di mandare in pensione 108 mila sanitari e assumerne 111 mila, l'anno seguente cambia tutto. Il saldo positivo è un ricordo. Nel 2010 escono appena 55 mila operatori e ne rientrano 50 mila. Ancora peggio l'anno successivo, il 2011: 40 mila in uscita, 34 mila assunti. E in pochi anni, il Ssn si gioca più di 20 mila persone capaci di assistere i malati (circa il 2 per cento dell'organico complessivo). A soffrire di più sono Lazio e Campania dove spariscono più di tremila sanitari, la Sicilia (1.400), la Calabria, il Piemonte, la Liguria (1.000). Il 2013 sfugge ancora alle rilevazioni, ma l'aggravarsi della crisi di certo ha reso più ripida la china dell'impoverimento del servizio pubblico.

Il tema scotta. Tanto che anche il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha dovuto prenderne atto, promettendo che il tema sarà affrontato e risolto nel prossimo Patto della salute, l'accordo tra lo Stato e le Regioni su come organizzare e finanziare il servizio sanitario nel prossimo triennio, promesso entro la primavera.

Il caso di Roma non è infatti un'eccezio-

ne. Da mesi si susseguono chiusure di reparti e riduzioni di servizi per carenza di medici e infermieri, di proteste di operatori sanitarie e malati. Così anche in quelle aree che fino a poco tempo fa erano considerate eccellenze. Per esempio in Lombardia, cominciano a vedersi innumerevoli crepe in quella che è stata raccontata sino a d'oggi come una sanità d'eccellenza. I Pronto soccorso, ad esempio, soffrono di carenze di organico. Così, in molti ospedali (il San Paolo e il San Carlo a Milano, il Mellino Mellini di Chiari, tanto per fare qualche esempio) si corre ai ripari usando i medici dei reparti. E qualche volta può capitare (come avviene a Esine, nel bresciano) che tra i dottori richiamati ci sia anche qualcuno la cui specializzazione ha poco a che vedere con l'emergenza, per esempio un fisiatra.

Il dramma è che da nord a sud il numero insufficiente di medici e infermieri costringe molti reparti a impoverire i servizi quando non a chiudere. Al San Paolo di Milano, in estate diversi reparti hanno ridotto i posti letto: è l'unico modo per dare le ferie agli operatori. Però, al rientro delle vacanze, il deficit è diventato permanente per Neurologia e Nefrologia i cui posti letto sono stati più che dimezzati.

Se ti sposti di qualche centinaio di chilometri, in Piemonte, le cose vanno anche peggio. La regione è infatti tra quelle passate attraverso la dieta dimagrante dei piani di rientro, con chiusure di ospedali e scomparsa di letti per i malati. Sembra che la situazione ideale per ricollocare al meglio il personale. Ma non è così. «Negli ultimi due anni il Piemonte ha perso duemila medici e altrettanti andranno via nei prossimi due anni», dice il segretario regionale del sindacato medico Anao Assomed Gabriele Gallone. I nosocomi rimasti si sono ritrovati quindi costretti a gestire un flusso di pazienti aumentato a causa della chiusura di diverse strutture e per di più senza il personale sufficiente.

Così, si dà priorità alle urgenze e tutto ciò che può essere procrastinato si mette in lista. L'attesa per la chirurgia oncologica del seno nella regione, ad esempio, è passata dai 20,4 giorni del 2011 ai 36 di oggi. Con picchi di tre mesi all'azienda ospedaliera Città della Salute - Molinette secondo un'indagine del gruppo consiliare regionale del Partito democratico. Ma per tutti gli interventi e in tutto il Piemonte le liste di attesa si allungano. Secondo il documento del Pd, all'Ospedale di Mondovì i pazienti devono aspettare 138 giorni per la sostituzione totale dell'anca, al Maggio-

re della Carità di Novara 166 per un intervento di sostituzione totale del ginocchio, al Mauriziano di Torino addirittura 84,3 giorni per l'asportazione delle emorroidi. E proprio un infermiere del Mauriziano, Roberto Amerio, ha piantato una tenda davanti all'ingresso delle Molinette e portato avanti uno sciopero della fame. Se gli chiedi cosa significhi essere a corto di personale in un'ospedale risponde: «Significa avere i tempi contingentati, non avere un attimo per fare le cose meglio».

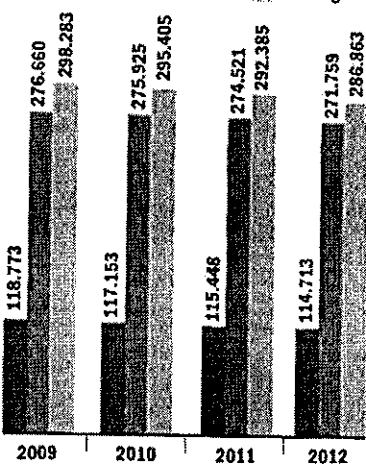
Non è dappertutto così. Molte strutture continuano ad andare avanti con difficoltà rollerabili. «Sa qual è il problema del blocco del turnover? Che produce difficoltà in maniera casuale», dice Antonio Corra che dirige Pediatria generale e neonatologia del Ss. Annunziata di Napoli. Ad esempio: i reparti con personale più giovane soffrono meno del blocco delle assunzioni perché sono immuni dai pensionamenti. Il caso non è stato invece propizio con l'ospedale Cardarelli di Napoli, dove negli ultimi 3 anni il personale si è ridotto di circa 850 unità, passando da 3.200 a 2.400. «Mancano medici del pronto soccorso, pneumologi, neonatologi, cardiologi, gastroenterologi. E l'elenco potrebbe continuare», dice il coordinatore provinciale Anaao Assomed Franco Verde. «Qualche mese fa ho chiesto al prefetto la chiusura della Terapia intensiva neonatale», racconta Verde. «Il personale era insufficiente a garantire la sicurezza dei piccoli pazienti. Per ora si è trovata una soluzione tampone».

Altri reparti invece hanno chiuso (per esempio, la Pediatria) insieme a diversi piccoli ambulatori come quello di Gastroenterologia. Così va la sanità quando le esigenze di bilancio hanno la meglio su quelle di salute. ■

Tutti a casa

Personale del Servizio Sanitario Nazionale

Medici Infermieri Altre figure



Totale personale
693.716 688.483 682.354 673.335

Fonte: nostra elaborazione da dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato



IL POLICLINICO TOR VERGATA E, SOPRA, IL SAN PIETRO A ROMA



Garante privacy L'interesse fa accedere alla cartella clinica

Antonello Cherchi

ROMA

Si all'accesso ai dati clinici della figlia da parte della madre che non l'aveva riconosciuta e richiesta a Poste italiane di adeguare il proprio sistema antiriciclaggio. Sono due settori in cui recentemente è intervenuto il Garante della privacy.

Nel primo caso, l'Autorità ha consentito a una donna - che non aveva riconosciuto la figlia, deceduta pochi giorni dopo il parto per gravi malformazioni - di accedere alla cartella clinica. L'ospedale aveva risposto "no" alle richieste della donna (proprio perché la bambina non risultava sua figlia), mentre il Garante ha fatto leva sul Codice della privacy, che permette a chiunque abbia «un interesse proprio», di accedere ai dati sanitari di una persona deceduta. In questo caso l'interesse stava nella necessità della donna di accertare eventuali proprie patologie genetiche in previsione di una nuova gravidanza.

Riguardo a Poste, l'Autorità ha chiesto di proporzionare le misure antiriciclaggio al profilo di rischio del cliente e al tipo di operazione da effettuare. Era, infatti, accaduto che un dipendente pubblico avesse effettuato presso un ufficio postale un versamento di alcune migliaia di euro per conto del Comune presso il quale lavora. L'addetto allo sportello, invece di limitarsi a identificare il cliente come mero esecutore di un'operazione intestata al municipio, aveva aperto una verifica nei suoi confronti e analizzato i suoi rapporti personali con Poste. Misure che, secondo il Garante, sono sproporzionate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EMILIA AL TOP

Sanità, rivisti i criteri per dare i fondi statali alle Regioni

Roma Bene Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Lombardia e Piemonte. Male Puglia, Calabria e Campania. Ancora una volta la valutazione del ministe-

ro della Salute sull'efficienza dei servizi sanitari regionali evidenzia un'Italia divisa in due con un nord che garantisce i livelli essenziali di assistenza ed un sud che arranca con l'eccezione della Basilicata. La valutazione sulle performance del 2012 deve ancora subire qualche limatura ma sarà definita nei prossimi giorni e costituirà un fondamentale punto di riferimento per quella che rappresenta una vera e propria rivoluzione per la sanità pubblica, annunciata da tempo e ieri confermata dal ministro della Salute,

Beatrice Lorenzin. «Nel 2014 si procederà alla rideterminazione dei criteri di qualità dei servizi, appropriatezza ed efficacia per l'individuazione dei costi standard e per l'identificazione delle regioni benchmark», promette la Lorenzin. La classifica sul rispetto dei Lea diventa quindi il punto di riferimento essenziale che poi determinerà anche «un meccanismo di premialità» per le regioni che riescono migliorare le loro performance, avvicinando le loro prestazioni a quelle delle regioni di

riferimento. L'Emilia Romagna è in testa e diventa quindi regione di riferimento per quanto riguarda ad esempio l'assistenza domiciliare residenziale. La Lombardia invece migliora l'organizzazione dei punti nascita. La Toscana ha superato criticità relative alle liste d'attesa ed ha potenziato le cure palliative. A fare uno sforzo enorme di adeguamento dovranno essere i fanalini di coda della classifica che non hanno raggiunto la sufficienza né nell'assistenza ospedaliera né in quella territoriale.



Sanità, ricoveri in calo ma il Sud sempre bocciato

DOCUMENTO DEL MINISTERO SULLE REGIONI IN ARRIVO NUOVE ASSUNZIONI IN CORSIA IL RAPPORTO

ROMA Meno ricoveri e maggiore efficienza nei servizi ospedalieri. Questa la sintesi che esce che emerge dal rapporto annuale, 2012, del ministero della Salute. Anno in cui vennero introdotti degli indicatori, 21, capaci di stilare una sorta di classifica delle regioni più virtuose in quanto ad offerta.

I RISPARMI

Che vuol dire prevenzione per gli infortuni sul lavoro, maggiore informazione sui programmi antitumorali, posti per gli over 75. Tutte prestazioni che, oltre a dare aiuto e protezione ai cittadini, fanno risparmiare il servizio sanitario perché ci si ammala di meno.

E ci si ricovera di meno dove i servizi hanno funzionato. Nel 2012 sono stati contati, appunto, 10.257.796 ricoveri contro i 10.749.246 dell'anno precedente. Cifre corrispondenti ad un totale di 66.707.607 giornate (nel 2011 erano 69.417.699).

DAY HOSPITAL

Rispetto al 2011 il numero complessivo di ricoveri ordinari per acuti si riduce (-2,9%), così come il numero dei cicli di day hospital (-10,3 %). Stesso discorso per l'attività totale per acuti che riporta un abbassamento del 5%.

Chi è riuscito a lavorare meglio sono le solite regioni che hanno un sistema sanitario ben orga-

nizzato e da anni efficiente: Toscana, Veneto ed Emilia Romagna. A sorpresa la Lombardia si trova un po' in difficoltà mentre il Sud ripropone, più o meno, lo stesso scenario di sempre con offerte poco felici. Ultima la Campania, preceduta da Calabria e Puglia. Anche il Lazio in basso alla classifica. I punti deboli, per tutte, le liste d'attesa, l'assistenza domiciliare e l'organizzazione per la raccolta sangue.

La riduzione dei valori di tutti gli indicatori rispetto al 2011, secondo il ministero, «descrive una tendenza al miglioramento dell'appropriatezza». Che vuol dire una generale deospedalizzazione «con un miglioramento dell'efficienza nell'uso dei nostri ospedali».

Ieri l'incontro tra il ministro della Salute Lorenzin e le Regioni si è chiuso con la possibilità, concreta, di sbloccare il turn over negli ospedali. Uno dei capitoli del cosiddetto "Patto della Salute" (la firma entro febbraio) è proprio quello che riguarda le assunzioni. Grande sofferenza al Sud dove, la denuncia è del vicepresidente della Regione Antonella Stasi «ci sono interi reparti di ospedali chiusi perché da 5 anni non si può assumere. Saranno aggiornati i livelli di assistenza (le prestazioni del servizio sanitario) e in alcuni casi sfoliti. Un meccanismo allo studio permetterà l'aggiornamento continuo».

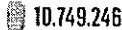
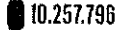
LE SPESE

Il ministero della Salute avrà un controllo maggiore soprattutto sulle questioni economiche. Un aiuto, secondo Beatrice Lorenzin, per accompagnare chi è in difficoltà e si avvia verso il risanamento. Quando al ministero, ha aggiunto che «c'è un bisogno assoluto di renderlo più autonomo rispetto a quello dell'Economia».

Il rapporto

La rilevazione è giunta ormai al 99,5% degli ospedali pubblici e privati accreditati

RICOVERI OSPEDALIERI

2011  10.749.246
2012  10.257.796 **-4,5%**

GIORNATE DI RICOVERO

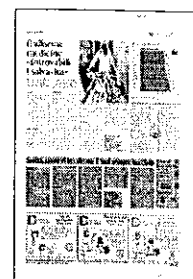
2011  69.417.699
2012  66.707.607 **-3,9%**

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (dimissioni per 1.000 abitanti)

2011  110
2012  108 **-1,8%**

Fonte: Ministero della Salute
(dati del 2012 e proiezioni sul 2011)

centimetri



Venerdì, 17 Gennaio 2014, 07:50

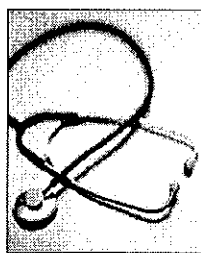
Doctor

POLITICA E SANITÀ

Home / Fiaso / Politica e Sanità

17 Cure transfrontaliere, favorita mobilità pazienti tra Regioni
2014

TAGS: LUOGHI GEOGRAFICI, EMIGRAZIONE ED IMMIGRAZIONE, DINAMICHE DI POPOLAZIONE, EUROPA



Più soldi al Ssn e più mobilità per i pazienti non solo verso l'estero ma anche tra regioni italiane. Questo potrebbe portare la direttiva europea 2011/24, operativa da dicembre, il cui decreto di recepimento è esaminato oggi dalla conferenza stato-regioni. La direttiva mette al centro il cittadino ma anche le Asl chiamate ad autorizzare le cure all'estero con un iter di massimo 40 giorni, e i distretti chiamati a sorvegliare l'erogazione delle prestazioni. Per **Valerio Fabio Alberti**, presidente della Federazione delle aziende sanitarie e

ospedaliere Fiaso, «nel breve periodo non cambieranno molto le modalità di erogazione delle cure e i flussi in entrata e uscita. Ma progressivamente la libera circolazione dei pazienti metterà sotto pressione i sistemi sanitari che dovranno raccogliere la sfida sulla qualità ed essere attrattivi. L'Italia dovrà investire in strutture, tecnologie ma anche in capitale umano: un percorso che mi auguro ma che richiede stabilità e investimenti nei prossimi anni. Anche per **Gilberto Gentili** presidente di Card, coordinamento dei direttori di distretto, si dovrà investire: «È probabile un esodo di pazienti italiani ma non epocale: i nostri operatori sono ricercati nei paesi "top", e crediamo che nel medio termine saranno premiate molte nostre strutture, se si punta sul loro sviluppo. Forse nelle regioni del Nord la concorrenza porterà sia minor afflusso da altre regioni sia un deflusso maggiore di residenti verso l'estero». Per Gentili c'è un altro aspetto chiave «Oggi un cittadino lombardo non può "spendere" la ricetta del suo medico in una farmacia veneta: qui il Federalismo ha generato più ombre che luci, ma la globalizzazione ci costringerà a rivedere la mobilità interna». Per Alberti (Fiaso) «la questione delle ricette non spendibili da una regione all'altra è grave, ma la sua soluzione spetta "naturalmente" al tavolo governo-regioni». Tra le norme del decreto in arrivo: rimborso ai cittadini stranieri delle prestazioni coperte dai Lea alle tariffe praticate ai nostri concittadini; iter con due richieste successive all'Asl per ottenere l'autorizzazione alle cure estere in poco più di un mese; un elenco dei dati che devono contenere le ricette prodotte fuori Italia per essere "spendibili" nel nostro Ssn. Un decreto ad hoc dirà invece cosa devono scrivere i nostri medici in ricetta affinché gli assistiti fruiscano delle cure estere.

Mauro Miserendino

Inchiesta Viaggio tra i problemi e le speranze di una categoria che paga per i tagli

Infermieri italiani sull'orlo di una crisi di nervi

Ne mancano da 50 a 70mila, sono sottopagati rispetto ai colleghi europei, sopperiscono alle carenze strutturali. Chiedono più controlli, più responsabilità e un ruolo accanto al medico di base

di Carlotta Zavattiero

Sono pochi. Secondo il fabbisogno reale del sistema sanitario, ne mancano da 50 a 70mila (ne abbiamo 6,6 ogni mille abitanti, contro gli 8,4 della media europea e i 17,4 della Svizzera). Sono in numero esiguo anche rispetto ai medici: 4,6 contro i 4,5 del Giappone (primo Paese Ocse). Sono tra i meno pagati dell'area Ocse (il primo stipendio base è di 1.200 euro al mese), con un potere d'acquisto inferiore anche a quello dei colleghi spagnoli e cileni. Non fanno carriera (se non limitatamente) e lavorano in strutture che spesso non consentono loro di operare al meglio per il benessere delle persone che assistono. Gli oltre 415.000 infermieri italiani sono tra i capri espiatori della crisi. Fanno turni su turni su turni, saltano i riposi o le ferie se un collega si ammala, rientrano dal riposo che spettano loro di diritto dopo le notti, se il bimbo della collega ha la febbre e lei non può venire a fare il turno del mattino. Gli infermieri, oltre al loro lavoro spesso fanno quello degli ausiliari, degli operatori sociosanitari (perché non tutte le strutture hanno, appunto, gli OSS), dei fisioterapisti, dei nutrizionisti, talvolta dei medici: ma senza adeguato riconoscimento né compenso. Ma restano aggrappati al senso del dovere, quando c'è. In alcuni reparti sono da soli di notte, con 15-20 pazienti, di cui alcuni operati il giorno stesso. Gestiscono situazioni complesse, anche se il responsabile del reparto spesso non c'è: di notte è a casa e viene solo se chiamato per un'urgenza. Sovente al loro fianco c'è solo il medico di guardia presente in ospedale, che sta in Pronto soccorso e cura tutti i pazienti afferenti a un Dipartimento (ad esempio tutti i reparti chirurgici). Si tratta quindi di un lavoro socialmente importante, in un momento segnato dalla crisi, dalla *spending review* e dalla contrazione dei posti letto nei reparti: in Italia il numero di letti d'ospedale, che è di 231.707 (3,82 ogni mille abitanti), in base al decreto legge sui tagli programmati, dovrà presto arrivare a 224.318 (3,7 posti

letto per mille abitanti) con un taglio di ben 7.389 posti. Del calo risentono anche i Pronto soccorso, il presidio sanitario più accessibile al cittadino. Nei grandi centri urbani il flusso di persone da gestire è impetuoso. Qui lavorano in prima linea, oltre ai medici, gli infermieri. La situazione della categoria, quindi, è critica.

Mancato riconoscimento. Deborah Zordan, coordinatrice infermieristica dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, nonostante la giovane età coordina 43 infermieri e ha alle spalle anche esperienze all'estero. «I cambiamenti che servono sono tanti: a partire dal fatto che le nostre posizioni apicali, cioè i dirigenti infermieristici, devono possedere una propria autonomia e un proprio ruolo di impulso e di indirizzo, non essere mero strumento sotto la guida dei medici. Questo per far crescere la nostra categoria e responsabilizzarla». Il secondo aspetto è che «anche nella remunerazione degli infermieri va introdotto un criterio meritocratico: i corsi di formazione (col relativi crediti) sono obbligatori, ma nessuno controlla chi li frequenta: va invece sanzionato chi non li segue e premiato chi si prepara e cresce».

E poi c'è il problema della turnazione: «Il coordinatore deve avere a disposizione un organico sufficiente a coprire i turni senza far saltare i riposi. Gli organici invece sono sempre risicati, all'osso. E lo stress professionale cresce», segnala Zordan. Anche il rapporto coi medici andrebbe mutato: «Spesso l'infermiere non viene tenuto nella giusta considerazione, non si comprende che è un collaboratore di importanza essenziale. Se qui all'Istituto dei tumori un medico per stanchezza sbaglia a scrivere il dosaggio dei farmaci per la chemioterapia dobbiamo essere noi ad accorgercene, non siamo dei meri esecutori. Quando ho iniziato il tirocinio in Svizzera, il primario si è venuto a pre-

sentare di persona e il lavoro era improntato al rispetto e alla collaborazione».

Il trattamento economico lascia a desiderare. «Pur dirigendo 43 infermieri, a fatica guadagno 1.700 euro al mese. In Svizzera, il primo stipendio è di 4.000 franchi e da lì si sale. Per non parlare dell'efficienza e dell'organizzazione». Deborah Zordan ha una proposta interessante: «Andrebbe istituita, accanto a ogni medico di base, l'infermiera di territorio. Muovendosi tra gli assistiti consentirebbe un grande risparmio al sistema sanitario».

Un infermiere con 21 anni di professione svolta in strutture lombarde, ma che desidera mantenere l'anonimato, denuncia: «L'80-90% dell'utenza si rivolge al Pronto soccorso. È il primo filtro, che viene intasato anche da richieste non propriamente emergenziali, perché fuori la rete di assistenza sul territorio non funziona: l'accesso al curante è difficile, senza contare la carenza di medici di base, Asl, guardia medica». Cosa avviene allora? Tanti se ne approfittano e usano il Pronto soccorso per avere esami e mini check-up subito e a costo zero.

Solo quando si è ammalati si può capire come e quanto lavorano gli infermieri in Italia. Oggi li chiamano gli «angeli della corsia», ma nel Quindicesimo secolo la professione era svolta da prostitute, galeotti e orfani, che venivano alfabetizzati e addestrati per occuparsi degli ammalati. Un passato che ancora pesa: nonostante i cambiamenti degli ultimi vent'anni, manca ancora un adeguato riconoscimento sociale a una professione che invece è centrale nel sistema sanitario. Una infermiera con 23 anni di esperienza, attiva anche nel Nursind, il sindacato unitario rappresentativo della categoria (anche lei ha timore di esporsi con nome e cognome), fa notare che «entrambi, medici e infermieri, sono indispensabili, ma i secondi non fanno carriera. Eppure la som-

ministrazione dei medicinali ci rende responsabili come il medico. Lo sanno bene giuristi e assicurazioni».

Reparti difficili. Basta girare qualche reparto ospedaliero per avere conferme. Gli infermieri dello staff del Dipartimento di Salute mentale del Niguarda di Milano spiegano: «In caso di denuncia, la magistratura sequestra la cartella clinica. Il diario infermieristico è dettagliato, in merito al paziente; e registra con precisione tutto quello che gli accade nel reparto. È questo il documento che il giudice legge per primo. Poi passa al diario clinico del medico».

Il lavoro degli infermieri non è più considerato usurante, ma di fatto continua a esserlo. Al Dipartimento di Salute mentale gli infermieri dormono anche tutta la notte su un materasso adagiato per terra accanto alla porta della camera del paziente problematico; i tre pasti (alle 8, alle 12 e alle 18) vanno controllati perché sono momenti di grande tensione: non tutti hanno un rapporto "normale" con il cibo e con la socialità.

Gli infermieri trattano poi con gli operai giunti a visionare l'impianto di riscaldamento che non funziona e che ha mes-

so in difficoltà i degenti; rifanno i letti; esortano all'igiene i pazienti che non se ne curano; aggiornano di continuo la cartella; si relazionano con i parenti di ricoverati altamente problematici.

«Facciamo cose che non ci competono, tutto quello di cui non si occupano gli altri», ammette una giovane infermiera che lavora da quattro anni nel reparto Medicina di un ospedale di Milano. Un altro infermiere fa notare che «gli utenti, ossia i pazienti, sono esigenti anche in reparto: c'è molta solitudine». La disgregazione sociale e l'assenza della famiglia rendono poi i pazienti più aggressivi.

Un'indagine dell'aprile 2013 del NurSind registra il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario: un infermiere su cinque dichiara di avere subito aggressioni, sia verbali sia fisiche. Un effetto, probabilmente, della frustrazione sociale provocata dalla crisi economica e in parte della limitata conoscenza del valore del ruolo degli infermieri da parte degli stessi cittadini.

La "fuga" in Svizzera. Eppure gli infermieri sono il perno del sistema sanitario nazionale, rappresentando il 68,2% del personale complessivo. Tanti, eppure insufficienti. Un'indagine della sezione milanese dell'Ipasvi, la Federazione nazionale collegi infermieri, ha denunciato la carenza, in Lombardia, di circa 8 mila infermieri, con un fabbisogno, solo a Milano, di 4 mila unità.

Come si fronteggia la mancanza di perso-

nale infermieristico? Moltiplicando i turni notturni e i festivi. Ma la "paga" resta bassa. E l'iniquo trattamento economico "pesa" in modo diverso all'interno della stessa categoria: «Un infermiere al Pronto soccorso ha un carico di lavoro diverso da chi lavora nell'oculistica. All'estero, in Svizzera per esempio, la retribuzione economica cambia sulla base delle competenze e della mole di lavoro», rivela una giovane infermiera. Nel Canton Ticino un professionista su tre è italiano. Oltre alla Svizzera, attraggono Inghilterra e Arabia Saudita; a lavorare in Italia come infermieri vengono invece prevalentemente rumeni e sudamericani. Ma sempre meno.

Aspiranti in calo. A causa dei tagli alla spesa sanitaria, l'assorbimento di nuovi infermieri è infatti minimo. E le domande per i corsi, a numero chiuso (attivati in 223 sedi, facenti capo a 42 facoltà di Medicina) sono in calo. Anche se a Torino, alle prove di selezione del settembre 2013, si sono presentati in 427 per 230 posti. Il trend della richiesta è però calante. Turnazioni irregolari, sovraccarico di lavoro (aumentano gli ordini di servizio, che obbligano i dipendenti a lavorare durante i loro riposi), e ambienti di lavoro poco salubri o addirittura pericolosi sono alcune delle ragioni per cui molti infermieri se ne vanno all'estero.

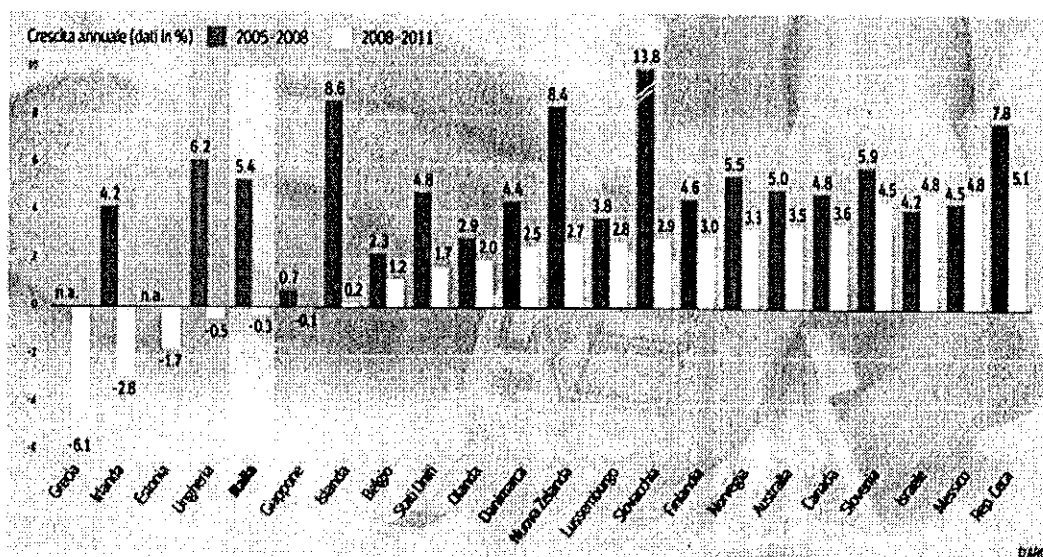
Restano solo i più forti: combattenti in prima linea, in lotta contro i disagi interni della categoria e della società fuori.

Carlotta Zavattiero

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANDAMENTO DEL SALARIO IN ITALIA E NELL'OCSE

Dal 2008 un calo progressivo rispetto al resto del mondo



SONO 6,6 OGNI MILLE ABITANTI

Corsi sempre più vuole

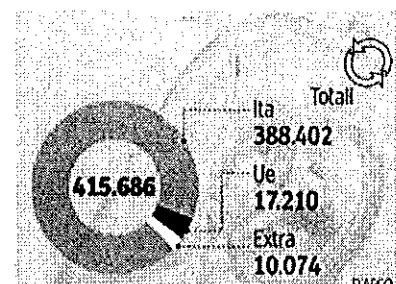
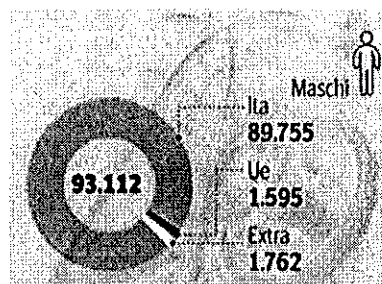
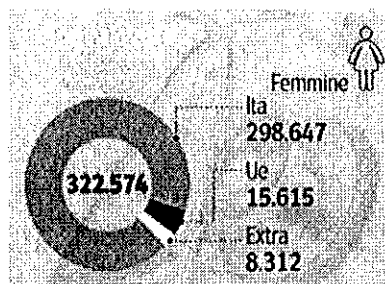
	2000	2005	2011*
Svizzera	13,2	14,3	17,4
Belgio			15,8
Danimarca	12,6	14,6	15,7
Norvegia		14,1	13,3
Irlanda		12,3	12,2
Lussemburgo	7,6	11,3	11,6
Germania	9,8	10,4	11,5
Finlandia	9,5	9,5	10,7
Bielorussia	9,5	9,8	10,6
Gran Bretagna			9,0
Francia	7,1	8,1	9,0
Olanda		8,3	8,6
Repubblica Ceca	8,1	8,5	8,5
Russia	8,0	8,0	8,1
Austria	7,2	7,3	7,9
Ucraina	5,8	5,9	7,5
Lituania	8,0	7,4	7,4
Italia	5,9	6,1	6,6
EUROPA	7,7	8,3	8,6

* o l'anno disponibile

DARCO

GLI OCCUPATI, PER SESSO E PROVENIENZA

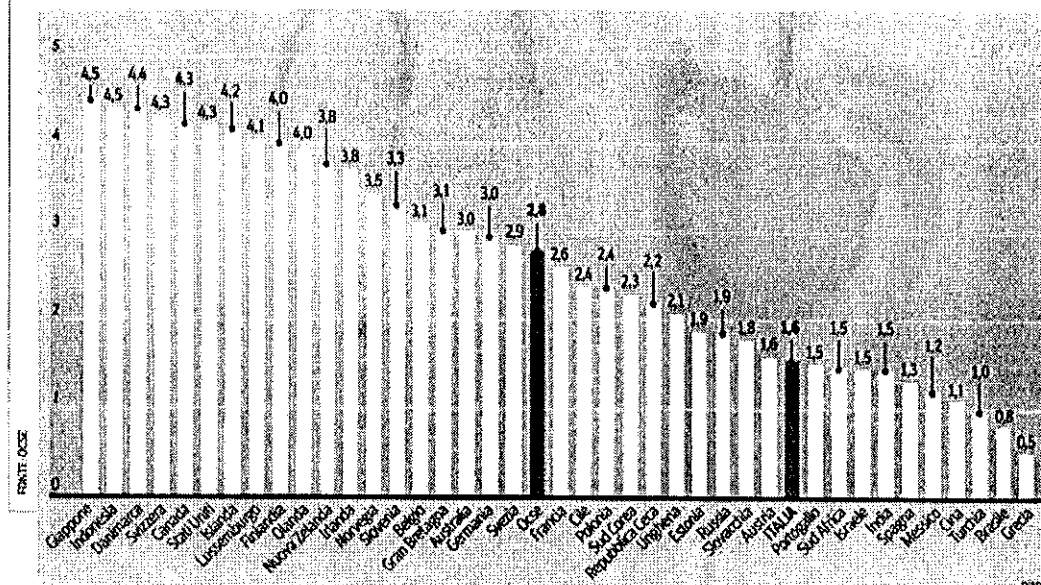
Oltre 415.000 professionisti. E oltre 27.000 sono stranieri



DARCO

SPECIALISTI A CONFRONTO

Pochi in rapporto ai medici: 1,6 contro i 4,5 del Giappone



DARCO

LA RAPPRESENTANTE IN SENATO «Sbloccare assunzioni e turnover»

Ora gli infermieri e le infermiere hanno "uno dei loro" a rappresentarli in politica e a tradurre le loro istanze in disegni di legge: nell'ultima tornata elettorale la presidentessa dell'Ipasvi (Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigiliatrici d'infanzia), Annalisa Silvestro, è stata eletta senatrice nelle file del Pd ed è entrata in Commissione sanità. In un momento favorevole: è infatti pronta per essere inviata alla Conferenza Stato-Regioni la bozza d'accordo tra governo e sindacati della sanità sulle competenze infermieristiche, raggiunta al termine di tre anni di lavori e molti mesi di stasi. Il ministero della Salute sta inoltre per licenziare il testo che legittima una maggior specializzazione del ruolo dell'infermiere, che potrà seguire una formazione idonea e assumere responsabilità specifiche, come suturare con punti ferite superficiali, utilizzare un ecografo per trovare una vena o svolgere il ruolo di aiuto-anestesista.

Senatrice, quali sono i problemi più urgenti della categoria?

«Il blocco del turn-over, le mancate assunzioni, il blocco della spesa per il personale. Il carico di lavoro è sempre più pesante, inoltre mancano gli operatori sociosanitari e spesso siamo costretti a fare il loro lavoro. Gli infermieri sono sull'orlo di una crisi di nervi».

Quanti infermieri servono in Italia?

«Almeno altri 50.000. Eppure sono tanti i giovani professionisti per strada, disoccupati».

Questo lavoro è meno attrattivo?

«Alle condizioni attuali, la professione non è più attrattiva. Guadagnare 1.200-1.300 euro per fare turni su turni? È dura».