

CAMPOBASSO

Sanità Gli utenti dell'ospedale Cardarelli protestano per gli accertamenti
A Isernia i tempi sono ancora più lunghi: 7 mesi per un doppler

L'ecografia si fa dopo 4 mesi

Se qualcuno si «ritira», l'esame dell'addome si può effettuare prima

Daniela Lombardi

■ «Per un'ecografia completa dell'addome posso metterla in lista. Il primo "turno" libero è tra quattro mesi, ma se qualcuno rinuncia, i mesi possono scendere a tre». È la risposta che si è sentito dare l'utente del Cardarelli di Campobasso, il quale aveva bisogno di un esame per conoscere il proprio stato di salute. E a Isernia per un doppler si richiedono addirittura 7 mesi. I tempi per poter compiere accertamenti volti a stabilire la presenza o meno di patologie sono piuttosto lunghi, all'ospedale del capoluogo. Del resto, non va molto meglio se si pensa di affidarsi alla Cattolica, dove per lo stesso tipo di esame c'è da aspettare solo un po' meno. E se, nel caso di esami non connessi a situazioni preoccupanti qualcuno è disposto anche ad attendere pur di risparmiare quei soldi che in questo periodo fanno sentire la loro mancanza nelle famiglie molisane, c'è chi ha maggiore urgenza di essere messo al corrente sui risultati di un'indagine approfondita e dunque è costretto a rivolgersi a studi privati che, per molte tipologie di esami strumentali, non sono convenzionati. Ciò comporta spese piuttosto elevate. Per fare un esempio inerente il caso segnalato, un'ecografia completa costa infatti, presso le strutture che si occupano dello specifico accertamento, 110 euro. Cifra che non tutti sono in grado di affrontare per porre fine velocemente ai propri dubbi, magari sorti a seguito di un malore o di una visita dal medico generico che necessita di "supporti scientifici" da sottoporre poi ad uno specialista. A vedersela particolarmente male, sono le fasce "deboli". Pensionati, disoccupati, precari, a volte decidono di "rischiare" ed attendere mesi che potrebbero «nuocere gravemente alla salute».



Negli ospedali Continuano le proteste per i disagi

Fibrillazione atriale, oggi il convegno dell'associazione cardiologi ospedalieri

Alle 9 presso l'Istituto Mattei

ISERNIA. "Update in tema di fibrillazione atriale" è il tema del convegno organizzato dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, il cui Presidente regionale è il dottore Carlo Olivieri del Centro per l'Ipertensione Arteriosa e la Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari dell'Uoc di Cardiologia dell'Ospedale Veneziale. Il convegno si terrà questa mattina presso l'Itis Mattei a partire dalle ore 9. Il convegno affronterà il tema della fibrillazione atriale: aritmia cardiaca benigna con prevalenza molto alta soprattutto nella popolazione anziana che, se sottovalutata o non curata, può portare all'insorgenza di gravi complicanze, tra cui l'ictus cerebrale. Durante la giornata Ecm, rivolta a medici ed infermieri, si avvicenderanno relatori regionali e nazionali che faranno il punto della situazione su tutte le novità in tema di fibrillazione atriale, focalizzando l'attenzione soprattutto verso le nuove tecniche terapeutiche invasive. In particolare, verrà anticipata l'imminente uscita in commercio di nuovi farmaci anticoagulanti orali.

→ **A Isernia** continuano i problemi e le lamentele del reparto di urgenza del Veneziale

Pronto Soccorso al collasso

SABRINA PACITTI

ISERNIA

Firme, controfirme, accordi e disaggi. Non parole a caso, quello che sembra essere diventato il vocabolario del Pronto Soccorso di Isernia, chiamato a destreggiarsi tra le mille difficoltà quotidiane imposte dalla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale. Da tempo, precisamente dallo scorso mese di agosto, il personale sanitario del reparto di urgenze del Veneziale di Isernia, ne lamenta il congestionamento: tanti pazienti in ingresso, pochi medici, infermieri, operatori tecnico-assistenziali e, soprattutto, poca disponibilità nelle altre struttureA ospedaliere nell'accogliere gli utenti. Una voce di protesta, quella degli addetti ai lavori, arrivata negli uffici della direzione generale della Asrem all'inizio dello scorso mese di aprile. Un incontro, quello con il dottor Angelo Percopo, risoltosi con un accordo, una ricetta anti-congestionamento, fondamentale per dare respiro ad un pronto soccorso in evidente difficoltà. Tutto sembrava risolto, se non fosse che, a distanza di alcune settimane, gli stessi operatori del reparto di urgenza sono tornati a lamentare la mancata applicazione di quanto contenuto nel documento firmato dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria regionale in persona. Nuova settimana di fuoco, dominata da una pioggia di lamentele a causa dell'assenza di risposte concrete e aggravata dall'impossibilità – evidenziavano gli addetti ai lavori – di prendere contatti con la Asrem per chiedere spiegazioni. Situazione che aveva riaperto le porte alla possibilità di rimettere in moto la macchina della mobilitazione. Ma ecco che pronte sono arrivate le rassicurazioni dall'Azienda sanitaria regionale. "E' una questione di tempi tecnici" ha garantito il direttore sanitario della Asrem, Giancarlo Paglione " tutto verrà applicato così come stabilito nell'accordo siglato ad aprile. Dal prossimo 9 maggio i

L'intervento

Paglione: "E' solo una questione di tempi tecnici ma tutto verrà applicato come stabilito"



Il Pronto Soccorso del Veneziale è al collasso ma la soluzione sembra essere vicina. Da lunedì 9 maggio arriveranno tre infermieri dal Ss Rosario in supporto ai colleghi

tre infermieri in mobilità volontaria che dovranno giungere dall'ospedale SS. Rosario, arriveranno ad Isernia, a supporto dei colleghi del Veneziale. Il resto sarà predisposto a breve". In sostanza, stando a quanto stabilito

nell'incontro campobassano, presso il pronto soccorso del nosocomio pentro dovranno essere assunti due medici, altrettanti operatori tecnico – assistenziali, da prendere in graduatorie già in essere, e, appunto, i tre infermieri da

Gli aiuti

Ci sarà un sostegno anche da parte degli altri presidi della provincia Anche il Caracciolo tende la mano

Venafro. Ma, fondamentale, più di ogni altra cosa, sarà la disponibilità di posti letto in altre strutture della regione e all'interno dello stesso Veneziale. Stando infatti a quanto stabilito nella riunione, il congestionamento del reparto sarà tamponato con specifiche vie di fuga che interesseranno gli altri presidi della provincia. Quattro posti-letto nella medicina del SS. Rosario e altrettanti nella medesima unità operativa del Caracciolo di Agnone, che metterà a disposizione anche tre posti nel reparto di chirurgia. E poi anche il Veneziale dovrà fare la sua parte, con la disponibilità di qualche posto interno in caso di emergenza. //

→ **Nominata** direttore del distretto, punta sul potenziamento dell'assistenza territoriale

Rosa Iorio, ecco la nuova offerta sanitaria per Venafro

SANDRA FIORE

VENAFRO

La sua nomina a direttore del distretto socio sanitario di Venafro è arrivata poco meno di due mesi fa. Il 14 marzo, infatti, il Direttore generale dell'Asrem Percopo ha conferito l'incarico ad interim a Rosa Iorio, già direttore del distretto socio sanitario di Isernia. Una designazione, questa, arrivata in un momento clou per le sorti del presidio ospedaliero venafrano.

Il piano di rientro sanitario, che ha iniziato a muovere i suoi primi passi, nell'arco di pochi mesi cambierà il volto dell'ospedale di via Colonia Giulia. In un'intervista realizzata nel suo ufficio di Largo Cappuccini a Isernia, la stessa Rosa Iorio ci ha spiegato quale sarà la nuova frontiera dell'offerta sanitaria per la città.

Dottoressa Iorio, il suo incarico di direttore del distretto socio sanitario di Isernia è stato esteso anche a Venafro. Una nomina che arriva in un momento particolarmente caldo per il "Ss. Rosario".

"Sono abituata ad ampliamenti di questo genere. Ero direttore del distretto di Isernia e sono diventata direttore del distretto Isernia-Frosolone. Attualmente quello di Frosolone non esiste più, perché è stato inglobato in quello isernino. Per quanto riguarda Venafro è un qualcosa in più che si è venuto ad aggiungere. E' un territorio che merita una grande attenzione e merita una presenza. Per questo, uno o due giorni a settimana, sono fisicamente presente lì."

Di cosa si sta occupando in particolare?

"La priorità è quella di integrare il territorio con l'ospedale. Prima l'unica risposta alla salute che c'era sul territorio era quella ospedaliera. Per questo, quando in una comunità l'ospedale viene meno o subisce qualche piccolo taglio, i cittadini pensano di mettere in pericolo la propria salute. In realtà stiamo andando verso un diverso modo di operare. Si sta facendo un'integrazione ospedale-territorio perché è appropriato dare una risposta territoriale ad alcuni bisogni e lasciare all'ospedale solo la risposta a quei bisogni che richiedono un'assistenza di alto livello".



L'obiettivo. Rosa Iorio punta a migliorare l'offerta sanitaria razionalizzando il servizio per eliminare gli sprechi

In che modo?

"Cercando di curare l'ammalato direttamente a casa sua, finché non ci si rende conto che c'è bisogno di un livello assistenziale che solo l'ospedale può dare. Stiamo provando a graduare l'assistenza in modo da riservare ogni risposta al bisogno che si evidenzia. In tutti gli ambiti e in tutta la Regione ci viene riconosciuto un ottimo funzionamento dell'assistenza domiciliare. Il mio intento è quello di ampliare al massimo questa risposta territoriale domiciliare, garantendo alle persone che non possono muoversi - sia per ragioni fisiche che sociali - anche altri servizi ambulatoriali più complessi. In questo modo vengono curate a casa, lasciando il posto in ospedale a quanti invece hanno necessità di un ricovero".

Il potenziamento di questa forma assistenziale è legato ai tagli previsti dal piano di rientro sanitario per il "Ss. Rosario"?

"Quando parliamo di tagli dobbiamo stare attenti, perché il taglio c'è nel momento in cui si toglie un qualcosa e non si dà una risposta in quel settore. Se invece parliamo di riconversione o di appropriatezza di erogazione dei servizi, è diverso. Se, ad esempio, si tagliano 10 posti in un ospedale ma si attiva l'assistenza domiciliare complessa e completa, ci si rende conto che quei posti erano inutili perché destinati ad utenti che possono essere curati in una Rsa che dà una risposta appropriata ma non eccessiva. Se lo stesso paziente venisse invece ricoverato in un reparto di Medicina, non solo ci sarebbe un dispendio economico - e questo, quando si parla di salute, è quello che mi inte-

ressa di meno - ma si toglierebbe il posto ad un'altra persona che non può essere curata diversamente. Non voglio entrare nel merito della polemica, ma quando si toglie un servizio e si offre un'alternativa, non si può parlare di tagli. Si può discutere sull'opportunità di farlo, ma non parlare di tagli. E' una riorganizzazione che costa in termini di abitudini. La cittadinanza si deve abituare al diverso, rendersi conto che ciò che si propone è migliorativo e poi, con il tempo, lo accetta senza clamori. Quando il dissenso della popolazione, che nasce da questo stravolgimento di abitudini, viene cavalcato politicamente, non è colpa delle persone che si sentono comprensibilmente disorientate ma di chi strumentalizza queste paure, rendendo un cattivo servizio alla propria cittadinanza. Ad esempio, a Venafro non c'è più la Chirurgia, ma se si va ora ad Isernia si può contare su un organico - medico e paramedico - completo per tutta la giornata, il che non sarebbe possibile se il reparto fosse aperto in entrambe le strutture".

In concreto, dunque, cosa farà per l'ospedale di Venafro?

"Il mio fine, immediato, è quello di integrare l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale senza barriere per dare una risposta organica ed appropriata ai cittadini. E questo indipendentemente dal luogo in cui viene erogata. Penso che Venafro sarà proprio un esempio di come si possa offrire questo servizio al cittadino: il territorio, una Rsa e l'assistenza ospedaliera per gli acuti in quelle branche specialistiche che possono

La meta

"Si tratta di un cambiamento che costa a tutti ma che ci consente di dare alla gente una risposta adeguata, calibrata e qualificata"

rimanere a Venafro e che offrono un servizio anche a Isernia. Sia Venafro che Isernia avranno i settori che possono conservare e che diventeranno punti di eccellenza per tutti. Il cammino è iniziato da qualche anno, sarà lungo. Inizialmente sembrava tragica, ma pian piano ci stiamo abituando e strutturando. Dire che tutto va bene sarebbe una menzogna, dire che stiamo facendo il massimo per far sì che vada bene in un prossimo futuro è la verità. In questo gli operatori del SS. Rosario stanno collaborando attivamente con noi con uno spirito di lavoro encomiabile per il quale non posso non ringraziarli. E' un cambiamento che costa a tutti ma che ci consente di dare, in un futuro immediato, una risposta adeguata, calibrata su quello che è il bisogno dell'ambito territoriale e qualificata soprattutto, perché nella salute non è importante dare una risposta, ma dare una risposta giusta e qualificata".

Per la realizzazione della Rsa quanto tempo sarà necessario?

"Ho visionato proprio questa mattina (ndr, 5 maggio) il progetto preliminare. I tecnici mi hanno garantito tempi brevi per la realizzazione perché i finanziamenti ci sono, il progetto c'è e la sede è stata individuata all'interno dell'ospedale. In autunno questa struttura potrebbe già funzionare. E forse anche prima. Compatibilmente con gli imprevisti che in questi casi possono nascere".

Tutto confermato anche per il Polo ortopedico?

"E' un reparto che funziona molto bene e lo definirei già una struttura d'eccellenza. Sarà potenziato così come la Chirurgia ad Isernia".

Mobilità sanitaria, saldo positivo per il Molise

Dal riparto nazionale arrivano 37 milioni di euro: soffrono le regioni del sud

MAURIZIO ORIUNNO

Si dovrà attendere il prossimo 18 maggio, superato il problema posto dalla Sicilia che ha subordinato il suo assenso alla soluzione di un contenzioso con il Governo relativo alla possibilità di utilizzare i Fas per pagare i debiti della sanità. Ma di fatto la tabella della mobilità sanitaria interregionale, parte integrante del riparto 2011 ma riferita al 2010 e al saldo 2009, è stata approvata dai presidenti delle Regioni giovedì, nel corso della Conferenza dei presidenti. Quasi 1,3 miliardi di euro che le Regioni con mobilità passiva, ovvero quelle i cui abitanti chiedono prestazioni al di fuori della Regione stessa, dovranno dare alle Regioni ospitanti. La tabella non presenta

sorprese: ad attrarre sono soprattutto le Regioni del Nord, nell'ordine Lombardia (433 mln), Emilia Romagna (376,9 mln), Toscana (121 mln) e Veneto (93,7 mln) ma anche il Molise chiude bene con un saldo positivo di oltre 37 milioni di euro, mentre a "esportare" pazienti sono soprattutto quelle del Centro Sud, Campania (-331 mln), Calabria (-233 mln), Sicilia (-208 mln), Abruzzo (-124 mln).

Un discorso a parte va fatto per l'Ospedale Bambino Gesù di Roma, struttura pediatrica di riferimento per tutto il Centro Sud, che da solo vanta una mobilità attiva pari a quella di una Regione, 154,6 mln. L'accordo tra le Regioni è stato raggiunto grazie ad un abbattimento del 2% delle Tuc, ovvero le tariffe uniche concordate

REGIONI	FLUSSI STANDARD					CELLULE STAMINALI		RESIDUI MANCORNALI E HANSENHAR		PLASMA DERIVAZIONE		TOTALE CASSA MOBILITÀ 2011
	ACCONTO 2011					CONGUAGLIO 2009	ACCONTO 2011 (SALDO 2009)	CONGUAGLIO 2009	ACCONTO 2011 (SALDO 2009)	CONGUAGLIO PERIODO 1997/2006 (competenza 2011)	ACCONTO 2011 (SALDO 2009)	
	SALDI ANNO 2009 (MILIAIARDI €)	SALDI BAMBINO GESÙ ANNO 2009 (+0,44%)	SALDI ACISMOM ANNO 2009 (+0,84%)	TOTALE ACCONTO	%							
Abbattimento	2%	2%	2%	D=A+B+C	E	F	G	H	I	J	K=L+M+N+O+P	
PIEMONTE	3.288.137	-242.861	-4.171	3.040.865	5.704.452	-1.359.730	259.952	-230.469	0	0	7.417.128	
VALLE D'AOSTA	-15.924.056	-61	-4.070	-15.928.186	86.290	-27.788	48.026	-30.549	0	131.760	-15.728.617	
LOMBARDIA	431.580.221	-284.909	-189.891	431.105.624	-3.421.030	-2.908.403	129.527	121.572	7.010.714	0	433.238.004	
P.A. BOLZANO	5.108.079	-24.912	-168	5.082.899	-2.457.208	-78.842	56.539	-994.684	0	55.802	1.668.306	
P.A. TRENTO	-16.539.898	-8.603	-322	-16.548.822	-5.879	-218.529	12.174	1.002.922	0	320.534	-16.437.890	
VENETO	95.754.662	-472.201	-64.586	95.217.875	-2.075.291	-880.853	332.578	98.375	0	69.475	93.752.099	
FRIULI V. GIULIA	23.043.420	-30.712	-9.574	23.003.133	7.568.643	-368.864	447.439	-112.401	0	1.576.908	31.814.850	
LIGURIA	-38.557.378	-88.828	-462.104	-39.108.310	-11.847.338	13.676.287	-2.019.194	-2.577	0	-708.480	-48.017.561	
EMILIA ROMAGNA	346.900.528	-415.638	-5.781	346.479.109	25.559.179	-963.257	106.011	1.051.666	3.620.154	1.431.157	378.993.239	
TOSCANA	115.307.697	-1.225.537	-80.809	114.001.350	8.823.282	-1.266.654	-205.283	-113.262	0	-1.288.432	121.199.852	
UMBRIA	11.895.322	-3.495.830	-86.022	8.311.471	-96.744	-84.431	31.808	-27.640	2.476.516	-651.874	9.889.004	
MARCHE	-30.378.038	-985.140	-62.020	-31.425.206	12.872.844	-666.091	-348.636	-59.622	0	0	-19.622.709	
LAZIO	66.199.044	-109.632.746	-28.538.818	-72.172.520	21.829.088	-1.030.327	259.766	-1.205.531	0	0	-82.325.624	
ABRUZZO	-59.652.579	-4.949.023	-265.032	-64.866.634	-68.918.341	-258.721	-31.873	-923.641	0	-166.812	-124.271.022	
MOLISE	32.876.998	-2.030.478	-105.373	30.841.147	11.409.884	-23.259	18.143	-954.091	-3.700.000	0	37.991.826	
CAMPANIA	-295.188.570	-11.975.956	-2.982.887	-308.727.213	-19.389.471	-776.830	185.776	-1.537.564	0	0	-331.246.302	
PUGLIA	-172.907.433	-7.754.325	-941.709	-181.653.467	-2.245.977	-901.480	-146.977	7.796.348	0	0	-175.831.433	
BASILICATA	-35.288.867	-1.506.330	-64.788	-36.859.985	3.294.732	-73.130	36.212	1.202.949	0	-769.838	-33.179.061	
CALABRIA	-216.120.578	-6.599.097	-182.867	-223.602.542	1.754.427	-340.892	-14.145	-2.937.965	-9.416.353	0	-233.853.600	
SICILIA	-198.893.113	-3.633.125	-105.485	-202.631.723	-3.899.590	-779.622	784.811	-1.998.120	0	0	-208.517.244	
SARDEGNA	-53.705.682	-2.475.002	-60.592	-56.241.276	8.829.150	-461.540	46.533	-76.995	0	0	-60.904.028	
BAMBINO GESÙ	0	158.040.492	0	158.040.492	-3.412.189	0	0	0	0	0	154.628.303	
ACISMOM	0	0	33.811.656	33.811.656	48.987	0	0	0	0	0	33.858.644	
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

con cui si valutano le prestazioni: una scelta che, ovviamente, a favorito le Regioni debentrici e penalizzato quelle creditrici. Ma, come tiene a sottolineare il coordinatore

della Commissione Salute delle Regioni Luca Coletto, l'accordo prevede anche una completa revisione delle Tuc entro il prossimo giugno, per rivalutare le Tuc ad alta

complessità, in modo che recuperino almeno il tasso di inflazione visto che il loro valore è fermo da quattro anni, e cercare di agganciare le Tuc ai Drg regionali.



ATTUALITA'

L'INIZIATIVA SI SVOLGERA' IN MATTINATA AL CONVITTO NAZIONALE "MARIO PAGANO"

Il rapporto medico-paziente a dimensione di bambino

Gli studenti di medicina dell'Università del Molise incontreranno gli alunni della prima elementare

STEFANO VENDITTI

CAMPOBASSO. Abattere le barriere della paura che spesso legano il bambino all'ambiente ospedaliero e al camice bianco del medico. E' questo lo scopo primario dell'iniziativa denominata l'ospedale dei pupazzi che nella mattinata odierna approderà per la terza volta nel capoluogo di regione. Gli studenti della Facoltà di medicina dell'Università del Molise, infatti, incontreranno gli alunni delle classi prime della scuola elementare del Convitto Nazionale "Mario Pagano" a partire dalle ore 10.00. Ogni bambino porterà il suo giocattolo o peluches preferito e si immedesimerà nel ruolo del medico e del genitore che porta il proprio figlio in ospedale. Attraverso il gioco, dunque, si tenterà di limare il timore che, spesso, i bambini provano nei confronti di una visita medica. L'ospedale dei pupazzi consiste in un ambiente ospedaliero specializzato nell'assistenza a pupazzi, bambole o peluches, al cui interno si svolgono visite mediche, indagini diagnostiche e terapie specifiche. E' organizzato e gestito da studenti del corso di laurea di medicina e chirurgia, ed eventualmente di altri corsi di laurea para-medici, membri del S.I.S.M., Segretariato Italiano Studenti Medicina, opportunamente preparati all'esperienza, che incarnano il ruolo di "medici pupazzologi". L'ospedale è allestito nelle scuole od in luoghi pubbli-



ci frequentati dai bambini. I piccoli accompagnano i loro pupazzi ammalati attraverso l'iter diagnostico-terapeutico, avendo l'opportunità di assistere a tutte le procedure che caratterizzano le visite mediche di base e specialistiche e di acquisire una maggiore dimestichezza con il contesto ospedaliero, con la strumentazione medica, con il camice bianco. Non essendo protagonisti della visita i bimbi possono vivere l'esperienza dall'esterno, con quel distacco e quella serenità che sono necessari per comprenderne al meglio il significato e gli scopi. La dimensione medica, osservata a volte con interesse e curiosità, a volte con timore o diffidenza, è comunque spesso poco conosciuta nelle

sue dinamiche specifiche e pertanto è fonte di dubbi, insicurezze e credenze errate. Così, come avviene per tutte le cose che si conoscono poco, è facilmente oggetto di disagio, paura o ansia. Inoltre, soprattutto per i bambini, entrano in gioco ulteriori elementi che concorrono alla nascita di sentimenti ostili nei confronti di medici e ospedali, quali un ambiente poco accogliente, un'immagine inquietante del personale medico e paramedico a causa del modo di vestire, la mancanza di strumenti e tecniche che siano specifici per i bambini ed attirino la loro attenzione. Tutto questo, oltre al disagio del bambino, determina lo sviluppo di un rapporto di tensione con il medico che può addirittura influire sul-

la qualità del trattamento. Pertanto, avvalendoci del fatto che il momento del gioco costituisce l'attività essenziale dello sviluppo fisico, emotivo e sociale del bambino, si è pensato di sfruttarlo per aiutare i più piccoli, che possono doversi sottoporre a una visita medica o un ricovero ospedaliero, a capire che cosa gli possa succedere

e perché, minimizzando così la paura, la tensione, l'ansia e la frustrazione di questi momenti. Il contatto con il medico si trasforma così da un'esperienza che il bambino dovrebbe subire ad un momento di interazione ed attività. Inoltre, poiché il bambino assorbe conoscenze e sentimenti dal mondo che lo circonda, si deve promuovere su

un'ampia scala una cultura sulle suddette tematiche, confidando nel supporto di genitori, insegnanti, medici e di tutte le figure che possono contribuire a far crescere nei piccoli una maggiore conoscenza e una migliore disposizione nei confronti della figura del medico e dell'ambiente ospedaliero in senso generale.



ADELE MOAURO

AGNONE. “La legge n.283 del 23 dicembre 1978 ha espresso un modello di sistema sanitario che supera sia la frammentazione del sistema mutualistico, sia quella dell’apparato organizzativo centrale e periferico. Il nucleo essenziale del sistema ed i suoi principi di fondo sono così sintetizzabili: la responsabilità pubblica della tutela della salute; l’universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari; la globalità di copertura in base alle necessità essenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza; il finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale; la ‘portabilità’ dei diritti in tutto il territorio nazionale e la reciprocità di assistenza con le altre regioni”.

Così ha esordito Armando Sammartino, esponente del Comitato Art.32,

Alto Molise

Tagli al “Caracciolo” L’articolo 32:

«Il Tar ci darà ragione»

*La sentenza attesa per mercoledì 11 maggio
Di Nucci e Sammartino si dicono fiduciosi*

attenendosi a quanto scritto nel ‘Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale’. Alla riunione, indetta dal comitato stesso per aggiornare la popolazione agnonese sullo stato del Ricorso, a tutela dell’ospedale Caracciolo, presentato lo scorso 11 febbraio al Tar di Campobasso dagli avvocati Franco Cianci e Simone Dal Pozzo, hanno preso parte quanti si stanno interessando in prima persona della vicenda. Il Tar si esprimerà in merito il prossimo 11 maggio,

della data dell’udienza di sospensione. Quello stesso giorno, coloro che hanno aderito all’iniziativa (ma l’invito è rivolto a tutti i cittadini, anche a quanti non si sono espressi con l’apposizione della propria firma alla raccolta che si è tenuta in questi mesi, che ne ha registrate circa 1600) si ritroveranno nel capoluogo regionale, per sostenere i legali che hanno seguito la vicenda, per far sentire la propria voce, e per tentare di sensibilizzare la popolazione locale al problema sanitario in corso, che

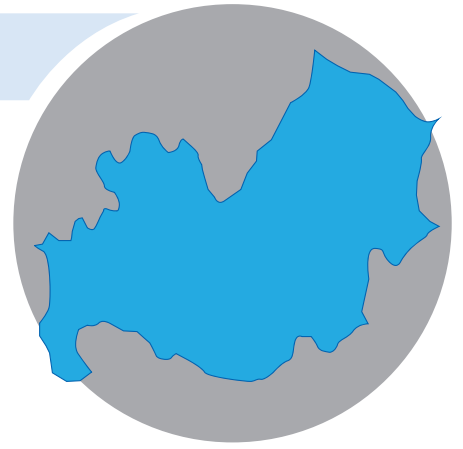
strutture ospedaliere molisane. Verranno distribuiti dei volantini, allo scopo di informare tutti i cittadini, anche quelli non alto molisani, sulla situazione reale degli ospedali del Molise e sulle modalità di razionalizzazione. Adesso si attende che il tutto dia il risultato sperato, su cui Franco Di Nucci non pare avere troppi dubbi: “Credo che il Tar ci darà ragione. Il Ricorso, presentato circa tre mesi fa, è stato integrato con dei motivi aggiunti, che chiariscono in quali condizioni si trova il presi-



Di Nucci e Sammartino

torio disagiato, diverso sia da Larino sia da Venafro, che viene abbandonato a se stesso, lasciando a rischio la salute di un bacino d’utenza molto ampio.” Sammartino ha letto anche parte di un documento importante, ovvero il risultato della ‘Riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assi-

stenza’ della Regione Molise, del 6 aprile 2011, in cui si chiariscono molti punti relativi alla gestione della sanità molisana. Lo spirito che continua ad animare la vicenda è positivo: “E’ una dura lotta, ma non ci fermeremo. Se il Tar non dovesse esprimersi in nostro favore, cosa improbabile, certamente ricorreremo al Consiglio di Stato”, è quanto dichiarato dai promotori del Ricorso.



SALUTE: INFARTO BIS, 60% MOLISANI A RISCHIO**CAMPOBASSO**

(ANSA) - CAMPOBASSO, 7 MAG - Colpiti al cuore quando ormai pensavano di essere al sicuro. La nuova emergenza sanitaria in Molise sono proprio loro, i sopravvissuti al primo infarto. Sei su dieci finiscono per averne un altro.

E i rischi di mortalità triplicano. Ogni anno sono oltre 650 i molisani ricoverati a seguito di un infarto: per 390 di loro è la "prima volta" e le vittime, se ricoverate in Unità Coronarica, sono 12, con un rischio di mortalità del 3%. Ma a far scattare l'allarme è un altro dato significativo: sono ben 260 i pazienti al secondo infarto. Sono loro a rischiare di più, perché 1 su 5 muore entro l'anno. Cresce dunque il numero di chi sopravvive all'infarto, grazie all'aumento di ricoveri sempre più tempestivi e alla riduzione dei fattori di rischio, ma aumentano i pazienti che perdono la vita nel dopo infarto per scarsa aderenza alla terapia e stili di vita inadeguati. Lo sottolineano i cardiologi dell'ANMCO Molise, che insieme alla "Fondazione Per il Tuo Cuore" ONLUS, con il sostegno di Astra Zeneca, promuovono la prima campagna nazionale d'informazione e sensibilizzazione sulla prevenzione cardiovascolare e sui rischi che si corrono nel post-infarto.

"Il primo infarto è un vero e proprio fulmine a ciel sereno per la maggior parte dei pazienti - spiega Carlo Olivieri, presidente regionale ANMCO Molise - I dati dimostrano che la riduzione e il miglior controllo dei fattori di rischio, hanno sostanzialmente funzionato, riducendo la probabilità di infarto in chi non l'ha mai avuto. Così l'evento cardiovascolare si manifesta oggi all'improvviso, ma grazie all'aumento dei ricoveri, sempre più tempestivi, e a terapie migliori, la maggior parte delle persone sopravvive. Ciò però non deve far abbassare la guardia nei confronti delle conseguenze dell'infarto nel tempo: il primo evento è il campanello d'allarme, che indica che il cuore non è più in perfetta salute e richiede cure, precauzioni, attenzione. Il secondo infarto è dunque un evento evitabile e il rispetto di stili di vita salvacuore e dei consigli del medico restano prioritari", puntualizza Olivieri.

(ANSA).

YM2-PRO/

S43 QBKX

SANITA': ESENZIONE TICKET; NUOVE NORME APPLICATE IN 10 REGIONI**DA 1 MAGGIO STOP AUTOCERTIFICAZIONE, CONTROLLI SPETTANO A MEDICI****ROMA**

(ANSA) - ROMA, 7 MAG - Ad una settimana dall'entrata in vigore delle nuove regole per la certificazione del diritto all'esenzione dal ticket per visite specialistiche ed esami, che prevedono sia il medico di base a controllare che il paziente sia esente, non in tutte le Regioni il nuovo sistema che manda in soffitta la vecchia autocertificazione è entrato ancora a regime. Secondo un'inchiesta di 'Quotidiano [sanita](#)'.it', la metà delle regioni, dieci, si è infatti messa in regola, altre hanno posticipato l'entrata in vigore del nuovo sistema (previsto da un decreto del 2009 del ministero dell'Economia), oppure rilasciano certificati provvisori.

Una situazione 'difforme' da Regione a Regione insomma e che, come già denunciato più volte dalla Federazione nazionale dei medici di medicina generale (Fimmg), sta creando "grande confusione" sia tra i medici di famiglia sia tra i pazienti.

A regime, è previsto che la verifica dell'esenzione dal ticket sia completamente automatizzata: i medici, cioè, compilano la ricetta sul computer e, all'inserimento dei dati del paziente, il sistema verifica in automatico se quel paziente è esente o meno. Non in tutte le Regioni, però, la rete telematica è efficiente alla stessa maniera.

Ad oggi, dunque, dieci Regioni (Calabria Sicilia, Lazio, Sardegna, Basilicata, Puglia, Veneto, [Molise](#), Campania, Abruzzo), sulla base dell'inchiesta di quotidiano [sanità](#).it, sono già partite con il nuovo sistema e hanno inviato ai medici i dati sugli aventi diritto all'esenzione. Il Lazio, inoltre, ha comunicato che il sistema prenderà il via definitivo il primo luglio. Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Liguria e Val d'Aosta hanno invece stabilito che, per ora, le Asl rilasceranno ai cittadini che lo richiedono e ne hanno diritto un certificato di esenzione da presentare al medico di base. Piemonte e Marche hanno deciso un rinvio del nuovo sistema: al primo ottobre il Piemonte e al primo Luglio le Marche. Nessuna informazione, precisa il quotidiano online, è invece giunta da Umbria, Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano.

(ANSA).

CR/

S04 QBXI