

CATANIA TUTTI I RISCHI DELL'ACCORPAMENTO

All'ombra dell'Etna fa discutere la "fusione a freddo" del Vittorio Emanuele con il Policlinico universitario. Con un taglio di 6,5 milioni di euro per il prossimo anno



La maggiore criticità del pianeta sanitario di Catania, dove l'ospedale Vittorio Emanuele è stato accorpato con il Policlinico universitario, è l'imposizione del tetto di spesa da parte dell'attuale management aziendale: da 158 milioni di euro circa di quest'anno si dovrà passare a 151 milioni e 550 mila euro nel 2011. Un riduzione di circa sei milioni e mezzo di euro per due ex aziende estremamente diverse. Due strutture sanitarie che, già prima dell'accorpamento, scontavano già gravi problemi.

Una mission difficile, che richiederà accorpamenti massicci (che comunque richiedono tempi non brevissimi) e tagli di personale e di guardie nei reparti. Il tutto con inevitabile crescita del rischio clinico per i malati e di pericolo anche per i medici, predestinate vittime sacrificali dei media e della magistratura in casi di cosiddetta malasania.

Si tratta di una azienda multipresidio e ogni presidio è a padiglioni staccati. Quindi un'architettura costosa in termini gestionali e logistici. Reparti non comunicanti, con interposizione di strade interne. Ciò rende difficoltoso, lento e oneroso, il trasporto di pazienti, di farmaci e i prelievi.

Il Policlinico ha strutture moderne, padiglioni con ampi spazi, altri padiglioni in costruzione. Il Vittorio Emanuele ha

strutture vecchie, ma rimodernate, divise in padiglioni separati e non comunicanti, come peraltro i suoi presidi satelliti: Ferrarotto, Santo Bambino, Santa Marta (unico monoblocco) in dismissione.

Il Policlinico ha avuto una mission diversa da un'azienda ospedaliera: l'insegnamento e la ricerca sono sempre stati prioritari, mentre l'assistenza un necessario corollario. Praticamente assente nel settore urgenza-emergenza, tranne qualche realtà (si fanno trapianti di rene), non ha mai avuto e tuttora non ha un pronto soccorso. Il suo personale è universitario con il supporto di tanti medici precari e qualche ospedaliero. Non ha sostanzialmente la cultura e l'expertise dell'emergenza.

L'ex Vittorio Emanuele, con i suoi presidi satelliti, ha avuto una mission ospedaliera con una delle più grandi aree di emergenza-urgenza della Sicilia, con un grosso pronto soccorso, ben tre rianimazioni generali, una rianimazione postoperatoria cardiocirurgia con box trapianto, altre terapie intensive postoperatorie per chirurgia vascolare e per

chirurgia toracica, un'unità di terapia intensiva neonatologica, due unità di terapia intensiva cardiologia, una cardiologia con due sale di emodinamica tra le più attive e importanti d'Italia, una cardiocirurgia, un centro per lo scompenso cardiaco pre e post trapianto, una chirurgia vascolare che è tra le poche ad avere una grande attività endovascolare, per particolari patologie, anche in urgenza-emergenza (si trattano per esempio anche dissezioni dell'aorta toracica). Quindi un'ematologia con trapianto di midollo e delle ottime chirurgie.

Tra i satelliti c'è l'ospedale di maternità Santo Bambino con pronto soccorso, tre laboratori analisi, tre radiologie (erano quattro). Il personale è ospedaliero, anche se alcuni reparti sono a direzione universitaria. Ci sono poi pochi reparti solo universitari con qualche unità medica ospedaliera abbastanza integrati e coerenti con la mission ospedaliera aziendale dell'ex azienda Vittorio Emanuele.

Le criticità principali discendono da vari fattori. E cioè:

a) dalla difficoltà di amalgama di due

Una gestione esclusivamente "ragionieristica", con tagli orizzontali, aumenta il rischio clinico, getta i germi di episodi di cosiddetta malasania che poi discrediteranno medici incolpevoli e azienda ospedaliera



Giovanni Raciti: "Il piano sanitario evita gli sprechi, senza contraccolpi negativi per noi medici"

«Il giudizio globale sulla riforma è positivo perché si è cercato di ottimizzare le risorse per evitare sprechi. Mi riferisco ad esempio ai tanti duplicati di strutture che sono stati eliminati». Ad Affermarlo è Giovanni Raciti, direttore dell'unità operativa di Urologia Arnas (Aziende di Rilievo Nazionale di Alta Specializzazione) Garibaldi Catania. «Per noi medici - dice Raciti - non c'è stato nessun contraccolpo né a livello di occupazione né di organizzazione del lavoro è anche questo è da segnalare tra gli

effetti positivi del processo di ristrutturazione. Anche per gli utenti. la razionalizzazione porterà delle novità che miglioreranno il servizio di assistenza. Naturalmente la riduzione dei posti letto è avvertita al momento come un risvolto negativo per pazienti. Penso, tuttavia, che se si riesce ad ottimizzare il servizio di assistenza di base i costi per il settore sanitario pubblico saranno minori e ci sarà meno bisogno di assistenza in ospedale». Raciti, inoltre, da medico consiglia «ai politici di ascoltare un po' di più le esigenze degli operatori della

entità troppo diverse; da un non sempre facile rapporto degli ospedalieri con "primari" universitari, con inevitabili conflitti in alcuni casi non palesi per una certa sudditanza;

b) dalla carenza in alcune unità di personale medico e paramedico, che esisteva anche precedentemente per il blocco delle assunzioni e che si va aggravando per pensionamenti o trasferimenti senza sostituzione. Ci sono reparti che debbono lasciare scoperta la guardia del fine settimana per mancanza di personale e che debbono limitare l'attività chirurgica;

c) l'impossibilità di potenziamento e di assunzioni stante la direttiva assessoriale di risparmiare i già citati sei milioni e mezzo di euro;

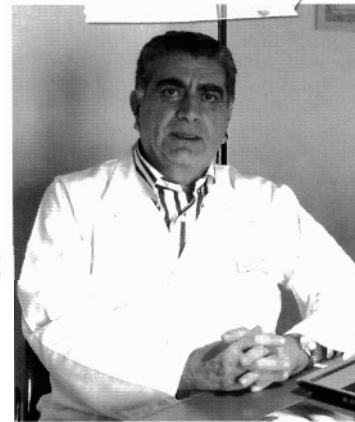
d) l'attuale strategia del management aziendale punta su accorpamenti e trasferimenti anche se determineranno una riduzione di attività; l'obiettivo sembra essere quello di creare esuberi di personale che viene invogliato a lasciare se in età pensionabile o, addirittura, messo in pensione se ha 40 anni di contributi.

Si prospetta la riduzione dei punti guardia, utilizzando la guardia interdivisionale: cosa, questa, che crea, considerata l'architettura descritta (presidio a padiglioni spesso distanti), un serio rischio clinico. Si propone inoltre, per alcuni reparti di punta come la cardiologia del Ferrarotto, la riduzione da due ad uno dei medici

di guardia con l'abolizione dell'attuale guardia dedicata all'unità di Terapia intensiva coronarica (Utic) e l'istituzione di una guardia unica. Questo nonostante il reparto abbia una trentina di posti letto, compresa una terapia subintensiva e sia su un piano diverso dall'Utic.

Si cerca di recuperare anestesisti non con assunzioni, ma con chiusura "temporanea" della Rianimazione del Ferrarotto, reparto nuovissimo consegnato da un paio di anni e costato, considerando anche le attrezzature, svariati di milioni di euro. Si prospetta, inoltre, l'inespressa, ma probabile, soppressione della gestione, da parte di cardioanestesisti, della terapia intensiva post-cardiologia, quando la cardioanestesia è ormai il gold standard nazionale per questo tipo di reparti.

Era stata soppressa con una circolare la guardia anestesologica sul presidio Ferrarotto, sostituendola con una reperibilità, appioppando questa attività al cardioanestesista che, in caso di urgenza, avrebbe dovuto lasciare sguarnito il reparto di terapia intensiva per recarsi in altri reparti lontani, anche se dentro il presidio, in attesa dell'arrivo del medico reperibile. Una follia medica messa per iscritto in una circolare (a proposito: ma la magistratura non trova degne d'attenzione certe "innovazioni"?). Una soppressione poi rientrata per la protesta dei sindacati.



Giovanni Raciti

sanità prima di procedere alle riforme. Ascoltare le opinioni di chi opera nelle nel pubblico è un modo per far percepire le riforme come condivise e studiate nell'interesse dei pazienti e non come se fossero calate dall'alto».

(Maurizio Ciadamidaro)



Catania, ospedale Garibaldi

Questi sono solo degli esempi che dimostrano l'incompatibilità dei "tagli" con

una medicina che, in primo luogo, abbina a cuore la sicurezza dei malati e del personale medico. Una gestione esclusivamente "ragionieristica", con tagli orizzontali, aumenta il rischio clinico,

getta i germi di episodi di cosiddetta malasana che poi discrediteranno medici incolpevoli e azienda ospedaliera, con l'inevitabile tam tam mediatico, creando disaffezione e timori nei confronti della sanità pubblica. Non è sicuramente una buona operazione di marketing per una azienda che ha grandi potenzialità, forse le migliori della provincia di Catania, ma che purtroppo vede un management, sostanzialmente capace, succube dei diktat assessoriali, tirare colpi di accetta,

pensando solo a risparmiare sei milioni e mezzo, per il prossimo anno per continuare a galleggiare. (G. Amb.)

RAGUSA

I MEDICI PROMUOVONO LA RIFORMA

La sanità iblea gode di buona salute: l'azienda sanitaria ha i conti in regola e sono stati attivati nuovi posti letto per far fronte alla cronica mancanza

di **Anna Maria Ermigiotti**

Riforma Russo o meno la sanità iblea gode, comunque, di buona salute. Ettore Gilotta manager del nuovo corso, infatti, ha trovato un'azienda sanitaria con i conti in regola. L'ex manager Fulvio Manno pur migliorandone i servizi, ha sempre rispettato le previsioni di bilancio date dalla Regione siciliana. Nel corso del 2009 l'azienda ha attivato nuovi posti letto nella rianimazione dell'ospedale Guzzardi di Vittoria e ha aperto il reparto di riabilitazione ospedaliera con ricovero nell'ospedale Regina Margherita di Comiso. Centri d'eccellenza che richiamano utenti anche dal Siracusano e dal Gelese.

Francesco **lemolo** è il direttore della struttura complessa di Neurologia dell'Asp di Ragusa con sede al Guzzardi di Vittoria. Iemolo, a seguito della riforma Russo, si trova a coordinare un team di nove neurologi e a sovrintendere i due ambulatori neurologici al Civile di Ragusa e al Maggiore di Modica. «Dal mio punto di vista - dice - è la riforma più intelligente, precisa, articolata e coraggiosa fatta negli ultimi trent'anni. Se si riuscirà ad applicarla compiutamente offrirà ai cittadini, nonostante la carenza di risorse economiche, strutture ospedaliere specialistiche 24 ore su 24».



Gli accorpamenti hanno mortificato le professionalità?

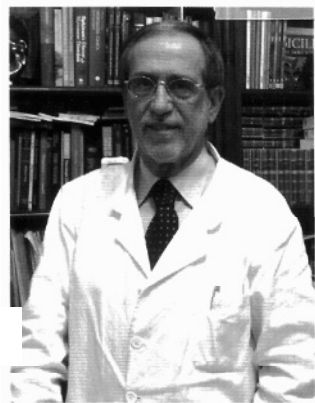
«Soltanto chi ha paura delle proprie qualità professionali e della propria capacità lavorativa teme questa riforma. Chi come me ha lavorato anche in Canada, Stati Uniti e Francia sa benissimo che i centri specializzati eliminano inutili doppi e offrono all'utenza maggiore competenza».

Cosa auspicherebbe per il miglior funzionamento del servizio provinciale di neurologia?

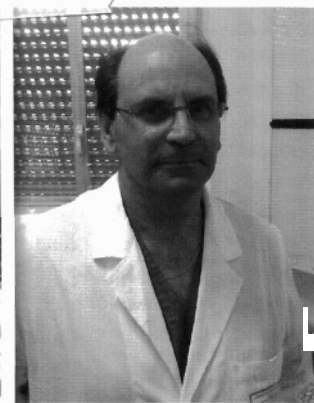
«In reparto abbiamo una buona dotazione di strumenti diagnostici ma per diventare nucleo super specialistico avremmo bisogno di ricevere più fondi per la sperimentazione e la ricerca scientifica, che già facciamo: è l'unico mezzo per elevare la qualità delle prestazioni e per formare le nuove leve».

Per Giovanni Incardona, dirigente medico radiologo dell'Unità operativa di radiologia dell'ospedale Civile di Ragusa, «l'accorpamento di alcuni reparti ospedalieri voluto da Russo sicuramente

consente una migliore gestione del personale e offre un servizio più completo agli utenti. La mia opinione è che la nostra sia una buona sanità, fatta di personale competente, qualificato. Eppure giornalmente assistiamo a tante piccole pecche. Lunghie liste d'attesa per gli esami strumentali, file interminabili al pronto soccorso, qualche episodio di "malasa-



Francesco Iemolo



Giovanni Incardona



Ragusa e Siracusa con carenza di personale e posti letto

Il problema fondamentale comune a tutti gli ospedali della provincia di Ragusa è la insufficiente dotazione di posti letto. Reparti medici e chirurgici sono costretti a frequenti trasferimenti con notevole disagio per pazienti e familiari. Nei reparti chirurgici le carenze di personale medico e infermieristico rendono difficoltosa l'assistenza ed aumenta in modo esponenziale il rischio clinico. Il risultato è che i medici sono esposti a frequenti denunce. Le liste di attesa brevi (10 giorni) superano spesso i 60 giorni soprattutto nelle radiologie. Carenze strutturali nel territorio e carenze di personale comportano ritardi nella attuazione nella realizzazione dei Pta. Stessi problemi a Siracusa. La dotazione di personale assegnata alle strutture sanitarie di questa provincia dalle "Linee guida" appare, infatti, inadeguata rispetto alle reali esigenze e agli obiettivi indicati dalla legge di riforma, che prevede il potenziamento del territorio e dei pta. E risulta inadeguata anche rispetto al decreto di rimodulazione della rete ospedaliera,

che prevede la realizzazione di nuovi servizi, e rispetto agli obiettivi del piano di rientro imperniati sul recupero della mobilità passiva.

Per rendersene conto, basta sommare le piante organiche della ex Asl 8 (2582 posti) e della ex Azienda ospedaliera Umberto I (1128), che ammontavano insieme a 3710 posti a fronte dei 3200 assegnati. Nulla dicono le Linee guida sui tempi in cui avverrà il recupero degli altri due terzi di personale, né con quale personale dovrebbero funzionare i nuovi servizi previsti nei presidi ospedalieri e nel territorio (cioè nei pta). Viceversa, difficilmente è possibile recuperare personale da servizi soppressi o accorpati come previsto nell'atto aziendale dell'Asp di Siracusa. Infine, nella dotazione organica proposta, appare squilibrato il rapporto tra le risorse assegnate all'area ospedaliera (circa il 66%) e quelle assegnate all'area territoriale (circa il 34%) a fronte di livelli di assistenza che fisserebbero al 52% le risorse da assegnare complessivamente al territorio. (G. Amb.)

nità". Una cosa è certa: non si può fare un buon lavoro senza personale>>>.

Lamenta la mancanza di personale?

«Il personale c'è, ma spesso è dislocato negli uffici o nelle sedi sbagliate. Il pronto soccorso, ad esempio, è preso d'assalto anche da utenti con patologie non urgenti e che naturalmente allungano le file. Il pronto soccorso ha bisogno di personale esperto per limitare il ricorso alle continue consulenze, agli esami strumentali e di laboratorio spesso inutili e talora dannosi,,».

Sono i medici di base a prescrivere?

«È il vero problema di noi medici: otto su dieci prescrivono esami inutili per paura di contenziosi legali che spesso gli utenti cercano per ottenere un vantaggio economico. L'Azienda dovrebbe tutelare in maniera più diretta i suoi dipendenti per farli lavorare più serenamente,,».

Antonino Bongiorno è il direttore dell'Unità operativa complessa di Oculistica dell'ospedale Maggiore di Modica. Un reparto che nonostante abbia solo quattro medici e otto infermieri riesce a eseguire circa 1.700 interventi l'anno. **Cosa ne pensa della riforma Russo?**

«Che più di tagli è giusto parlare di razionalizzazione della spesa. Quindi, per quanto ri-

guarda la provincia di Ragusa, è difficile sostenere la necessità di avere cinque ospedali. Di contro, però, ci aspettiamo una maggiore considerazione e possibilità di acquisire strumentazioni avanzate, perché rispetto al Nord soffriamo un gap tecnologico e con tempi dilatati fra la richiesta e l'acquisto effettivo di un apparecchio diagnostico,,».

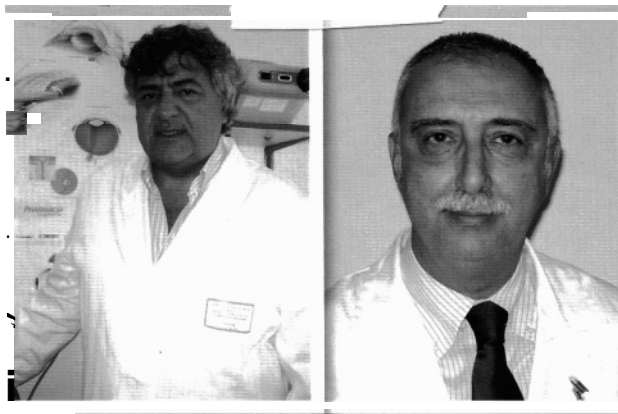
Con il day hospital, in pratica, avete anticipato la riforma Russo?

«Il reparto di oculistica di Modica già dal 1998 è organizzato con 5 posti in day hospital e quindi esegue tutti i tipi di interventi di oculistica senza degenza ospedaliera. Abbiamo concentrato la presenza del personale dal lunedì al venerdì. Riducendo, in questo modo, i costi e incrementando le prestazioni che abbiamo qualificato portandole ad uno standard elevato,,».

Per **Francesco Floridia**, direttore delle Unità operativa complessa di diagnostica per immagini dell'ospedale Busacca di Scicli e del Civile-Arezzo di Ragusa, «la recente riforma coniuga l'esigenza di razionalizzazione della spesa sanitaria regionale con un riordino della rete assistenziale ospedaliera e territoriale. Cosa che ha consentito alla nostra regione di non essere commissariata, come invece è avvenuto per altre regioni. Naturalmente, non sono mancate le difficoltà e le resistenze, ma l'applicazione della riforma ha consentito, con l'eliminazione di alcuni "doppioni" e con l'adeguamento del numero di posti letto, di collocarci al livello delle regioni più "virtuose". Superato il periodo di "rodaggio" della riforma si dovrebbe avere un miglioramento qualitativo assistenziale nei riguardi dei cittadini,,».

Una riforma positiva dunque?

«Il piano Po Fesr Sicilia ha consentito l'utilizzo di ingenti risorse per l'ammodernamento tecnologico degli ospedali siciliani, con l'acquisizione di elevate tecnologie che ci collocano allo stesso livello delle regioni meglio dotate. Ora contiamo sulla netta riduzione dei cosiddetti "viaggi della speranza">>>».



Antonino Bongiorno

Francesco Floridia

AGRIGENTO

"SFRUTTARE LA POSIZIONE STRATEGICA E INCENTIVARE I MEDICI AD ASSOCIARSI"

Domenica Macaluso, dell'ospedale di Ribera, ritiene che l'essere al centro del Mediterraneo consentirebbe alla Sicilia di attrarre utenti da Malta e dalla Tunisia. Per Antonino Amato, medico di medicina generale, far associare i medici permetterebbe al paziente di avere sempre qualcuno a disposizione per essere curato

di **Andrea Cassaro**

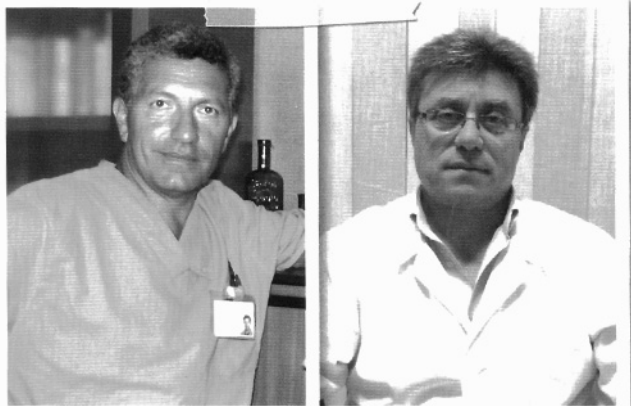
«È una riforma che ovviamente si basa sulla logica del risparmio, ma per essere davvero efficace deve penetrare nelle realtà locali. È il pensiero di Domenico Macaluso, responsabile di endoscopia digestiva dell'ospedale di Ribera e del registro provinciale dei tumori della pelle di Agrigento. «La sanità - dice - in passato, è stata sicuramente fonte di sprechi ed è stata gestita male. La riforma Russo è importante perché consente di smontare i centri di potere. Siamo ancora agli inizi e sono sicuro che qualcosa andrà modificata, in meglio, nel tempo. Il mio suggerimento a un assessore che ho visto particolarmente attento nei confronti della sanità prende spunto da una considerazione: siamo al centro del Mediterraneo. Perché non investire sulla sanità? Va bene operare i tagli, ma dobbiamo ricordarci che oggi siamo più aziende che semplici ospedali. L'azienda, per crescere e produrre, spesso deve investire. Si potrebbero creare centri di eccellenza, soprattutto privilegiando l'oncologia. La ricerca e il trattamento oncologico ad alti livelli permetterebbero l'arrivo

nelle nostre strutture di pazienti provenienti dal Nord Italia ma anche da Malta e dalla Tunisia, sfruttando proprio la nostra strategica posizione nel Mediterraneo. Questo potrebbe essere un buon investimento per rilanciare la sanità in Sicilia e in provincia di Agrigento». Per Macaluso non si deve pensare «soltanto al risparmio e alla soppressione di servizi fondamentali per il paziente - come il 118 e l'elisoccorso, davvero irrinunciabili seppur costosi - ma alla differenziazione e alla creazione di nuovi centri di eccellenza per consentire un generale miglioramento dei servizi».

Antonino Amato, medico di medicina generale dell'Asp 1 di Agrigento sostiene che «quando si chiude il rubinetto non sempre si ottiene il risultato sperato. Su determinate cose questa strategia fina-

lizzata alla riduzione della spesa creerà un po' di confusione. E quando questo accade, a farne le spese è prima di tutto il paziente e poi il medico. Posso essere d'accordo sui criteri rigorosi da adottare per la scelta dei manager e anche sulla deospedalizzazione. In quest'ultimo caso il concetto può andar bene, ma il problema è raggiungere l'obiettivo. C'è molta distanza tra la proposta puramente teorica e la messa in pratica: per deospedalizzare dobbiamo prima potenziare le aree di emergenza territoriale, cioè tutti quegli interventi che evitano l'arrivo del paziente in pronto soccorso, in astanteria e nei vari reparti. E per farlo non è certamente utile stringere la cinghia. Probabilmente in passato si è speso troppo, facendo anche degli errori di natura politica, attraverso certe convenzioni con le

Asl. Bisogna semplicemente spostare certi investimenti in altre direzioni. Faccio un esempio che mi riguarda da vicino: anni fa i medici generici si organizzarono in associazioni. Lo scopo era abolire le guardie mediche. I medici assicuravano così la loro presenza per qualsiasi tipo di emergenza, anche nei giorni festivi e durante la notte, facendo i turni e con il vantag-



Domenico Macaluso

Antonino Amato



Antonino Amato: "Per deospedalizzare dobbiamo prima potenziare le aree di emergenza territoriale, cioè tutti quegli interventi che evitano l'arrivo del paziente in pronto soccorso. E per farlo non è certamente utile stringere la cinghia"

gio, per il paziente, di avere a disposizione sempre qualcuno per essere curato. Ma per rendere questo servizio efficiente bisogna investire nell'associazionismo. Dubito fortemente che risparmiando si possano ottenere vantaggi tangibili. Lo stesso vale per l'accorpamento in distretti degli ospedali. Ogni singolo

dale, prima, era un'entità indipendente dove ogni reparto aveva un suo primario. Adesso gli ospedali di Agrigento, Licata e Canicatti fanno parte di un solo distretto. Ribera e Sciacca di un altro. Quindi per i primi tre ci sarà un solo direttore sanitario. Il primario di anestesia sarà uno solo. E come potrebbe riuscire una persona

a seguire con la dovuta efficacia tutti gli altri ospedali a distanza? Potrà avvalersi di responsabili e collaboratori, ma sarà sempre lui l'unico primario che avrà il dono dell'ubiquità. Stessa cosa, facendo altri esempi, accadrà per la radiologia e il laboratorio di analisi cliniche. In questo modo, insomma, non riesco proprio a pensare a un miglioramento del servizio. In reparti particolarmente delicati, per i miei colleghi si prospettano tempi duri. E quel rubinetto, che è stato eccessivamente aperto in passato, ora non bisogna chiuderlo troppo).

Agrigento, i tagli non consentiranno di stabilizzare i precari dell'Asp

All'ombra della Valle dei Templi la "radiografia" della sanità pubblica somiglia tanto a un bollettino di guerra. È stata sancita la "morte" di alcuni reparti quali la medicina riabilitativa, la lungodegenza e le malattie infettive. Il pronto soccorso, in certi giorni, sembra in preda al caos: attese snervanti per i pazienti, nervosismo alle stelle, medici sottoposti a stress.

Come avvenuto in quasi tutte le province della Sicilia, allo sbaraccamento degli ospedali pubblici non si è accompagnata

la realizzazione di presidi di medicina nel territorio. Detto in parole semplici, le pta, ad Agrigento e provincia, rimangono un miraggio. I parametri stretti e vincolanti del piano, sia per il numero previsto per la dotazione organica, sia per le risorse economiche assegnate, non consentiranno all'Asp di Agrigento di stabilizzare i lavoratori precari. In compenso, permangono le condizioni per continuare a giustificare l'esternalizzazione di alcuni servizi. Su questo fronte non si riesce a risparmiare.

(G. Amb.)



TRAPANI

"BENE LA RIFORMA, MA ATTENZIONE AI TEMPI"

I medici della provincia trapanese approvano il "piano Russo", ma mettono in guardia sui rischi che possono derivare dalla sua realizzazione solo a metà o da tempi di attuazione troppo lenti. Considerano, comunque, importantissimo il fatto che la Regione abbia evitato

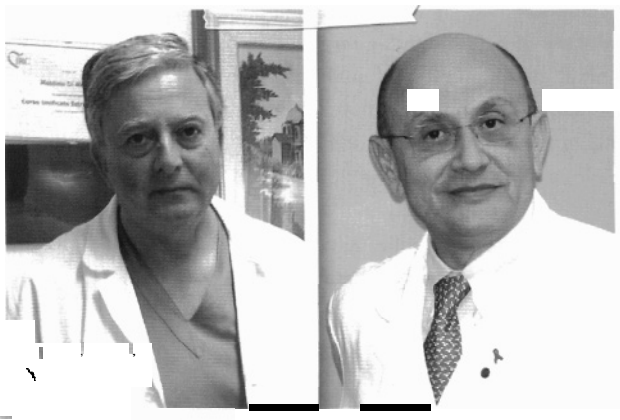
di **Max Firreri**

Ai medici della provincia di Trapani la riforma della sanità non dispiace ma la paura che serpeggia nelle corsie è quella che, se non dovesse mettersi in atto completamente, si potrebbe rimanere con un sistema rivoluzionato a metà. Con conseguenze negative per il territorio. La preoccupazione è proprio quella che i tempi lunghi della riforma fanno rischiare. Ne è convinto Massimo Di **Martino**, primario dal luglio scorso dell'area d'emergenza dell'ospedale Sant'Antonio Abate di Trapani. La struttura ospedaliera con la riforma perde ottanta posti letto. «La paura è quella che, non completandosi la riforma, potremmo ritrovarci con una sanità zoppa - dice - se il territorio non decolla». Già, il territorio, perché la riforma ha rivoluzionato la provincia. Il distretto "Trapani Uno" mette dentro anche Calatafimi, Castellammare del

Golfo e Alcamo. «La riforma è un'ottima scelta per la sanità in Sicilia, che guarda alla medicina del territorio e che, a pieno regime, potrà dare ottimi risultati sia per i pazienti che per le strutture ospedaliere. Ottimizzazione e la riduzione dei ricoveri negli ospedali - con la nascita dei presidi territoriali assistiti - garantirà un miglioramento nell'assistenza. Ma tutto deve camminare di pari passo, cioè avviare la riduzione dei posti letto da una parte, ma dall'altra aprire le strutture garantire dalla riforma». Passando anche

dalla riconversione, come per l'ospedale di Alcamo, attualmente ancora non messa in atto in pieno.

Tornato da pochi giorni dal congresso nazionale dei medici pediatri a Roma, **Marcello Vitaliti**, palermitano, primario di pediatria all'ospedale "Paolo Borsellino" di Marsala, ribadisce sempre la parola "sicurezza". Quella che da tempo predica il ministro Ferruccio Fazio. Il suo settore negli ultimi mesi è stato costellato da fattacci di cronaca. A Messina l'ultimo più eclatante. Il dottor Vitaliti plaude all'assessore regionale per questa riforma che «con l'ottimizzazione anche economica porterà anche un'azione di moralizzazione nel settore della sanità». Vitaliti si dice soddisfatto del lavoro fatto in Sicilia: «Rispetto al quadro nazionale il solo fatto che non siamo commissariati è un passo molto importante - dice - ma la riforma è un'ottima scelta per la Sici-



Massimo Di Martino

Marcello Vitaliti



lia che guarda al territorio. Come tutte le manovre drastiche - dice Vitaliti - sono dure da metabolizzare. Oggi la riforma impone non più la gestione della sanità da parte dei medici. Del resto nei tempi addietro abbiamo assistito ad una sanità sempre più politicizzata, nel senso più deleterio del termine)). Vitaliti dice pure: «La provincia di Trapani ha un territorio non certo impervio, facilmente raggiungibile da una parte all'altra e l'avvio della medicina del territorio garantirà un'ottima assistenza)). Con la riforma, proprio nella pediatria, scompariranno i reparti a Salemi e Alcamo, rimarranno, invece, Trapani, Castelvetrano, Mazara del Vallo e Marsala. «È un buon inizio - dice - con le mille sofferenze che già erano messe in conto. È giunta l'ora di rimboccarci le maniche. Questa sarà sicuramente una riforma che farà

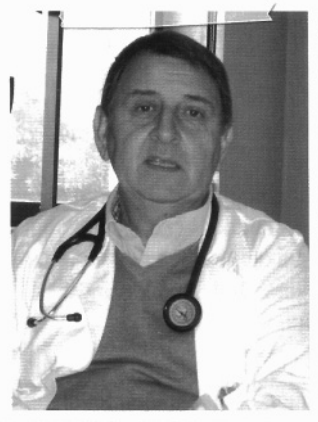
Per Marcello Vitaliti, primario di pediatria all'ospedale "Paolo Borsellino" di Marsala "è un buon inizio con le mille sofferenze che già erano messe in conto. È giunta l'ora di rimboccarci le maniche. Questa sarà sicuramente una riforma che farà tanto lavorare"

tanto lavorare)).

Il rischio c'è ed è quello che privilegiando la necessaria restrizione dei costi si danneggia, alla fine, l'esigenza del territorio e degli utenti. Francesco Pompeo, responsabile dell'Unità operativa di cardiologia dell'ospedale "Vittorio Emanuele"

di Castelvetrano, sembra scettico sulla piena realizzazione della riforma. Soprattutto a guardare i tempi d'attuazione, abbastanza lenti. «La riforma era ormai una necessità - dice Pompeo - bisognava contenere la spesa e su questo sono d'accordo ma dall'altro

lato è necessario garantire l'assistenza sul territorio)). Ecco la "medicina del territorio" di cui parla la riforma. «Ma il territorio è pronto a questo? Le strutture? Gli uomini? I mezzi?). Per Pompeo il rischio che i disservizi possono essere dietro la porta non è poi così remoto. Il suo reparto, quello di Cardiologia nato nel '94, sarà trasformato da unità semplice a complessa. Cioè passerà dagli 11 posti a 7 più uno in day hospital, con 7 medici in servizio più lui come responsabile. «Faccia conto che per l'emodinamica dobbiamo comunque ricorrere o a Trapani o a Sciacca - dice Pompeo - e non sempre è sicuro arrivarci con un paziente che ha in corso un infarto. Staremo a vedere i tempi d'attuazione della riforma, con la speranza che non ci siano le premesse per alcuni disservizi,».



Francesco Pompeo