

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
9 MAGGIO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **OLBIA Meningite, grave bambina di dieci mesi La piccola è ricoverata in rianimazione a Sassari mentre sta bene la sorella gemella. Venti persone sottoposte a profilassi**

Una bambina di 10 mesi di Olbia è ricoverata da ieri nel reparto di Rianimazione delle Cliniche dell'Aou di Sassari, per una infezione da meningococco di sierotipo B. La prognosi è riservata. La piccola ha una sorellina gemella che, invece, sta bene ed è ricoverata in osservazione nel reparto di Pediatria dell'ospedale di Olbia. Sono scattate subito tutte le procedure del caso da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della Asl di Olbia. Attivata immediatamente l'indagine epidemiologica, con una ventina di persone che sono state a contatto con la piccola sottoposte a profilassi, con la somministrazione di antibiotici. Il nuovo caso di Olbia, dopo quello infausto dell'inizio di dicembre dello scorso anno, conclusosi con la morte di una bimba di tre anni, è emerso martedì pomeriggio. Un'ambulanza del 118 ha trasportato al Pronto Soccorso del Giovanni Paolo II di Olbia una bambina di 10 mesi, con febbre alta. Ad accompagnarla, i giovani genitori, una copia di trentenni residenti a Olbia, e la sorellina gemella. Dopo gli esami diagnostici, la piccola è stata trasferita nel Reparto Infettivi della Clinica Pediatrica di Sassari, con una diagnosi di probabile sepsi da meningococco. Una diagnosi purtroppo confermata nella tarda serata di mercoledì dagli esami di laboratorio eseguiti a Olbia e, quindi, da quelli eseguiti a Sassari dall'Istituto di Igiene della facoltà di Medicina. Le condizioni della bambina ricoverata nel reparto di Rianimazione di Sassari risultano essere tuttora gravi, con una prognosi che resta riservata. La sorella gemella, invece, che non mostrava alcun sintomo, è stata posta immediatamente in isolamento nel reparto di Pediatria dell'ospedale olbiese, dove le è stata somministrata la profilassi e dove si trova ancora ricoverata. In ogni caso, i medici dell'Igiene Pubblica stanno proseguendo con l'indagine epidemiologica e le procedure di sorveglianza e stanno contattando tutte le persone che sono entrate in contatto con la piccola. «Stiamo seguendo attentamente il caso – ha spiegato Tonino Saba, direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della Asl di Olbia –. Non c'è da preoccuparsi, anche se la situazione è grave per la bambina, mentre i soggetti in osservazione non hanno manifestato segni particolari». Saba poi interviene sul tema delle vaccinazioni, sempre discusso, ma che diventa ancora più d'attualità quando emergono casi conclamati di meningite. «Il vaccino contro il meningococco B esiste – sottolinea il direttore del Servizio di igiene –, ma non è inserito tra quelli dell'obbligo, anche se noi come Asl abbiamo avviato le procedure per acquistarne una quota e proporlo a quelli che possono essere i soggetti maggiormente a rischio o a chi, volontariamente, lo volesse fare». «Da quando il vaccino sarà disponibile – continua Saba –, invitiamo la popolazione ad aderire alle campagne di vaccinazione o ad acquistare direttamente il vaccino per la somministrazione ai propri bambini. La nostra Asl, ha iniziato dal 2007 a vaccinare i bambini nati dal 2006 per il

meningococco di tipo C. Si tratta di un vaccino facoltativo e fortemente raccomandato; i genitori stanno aderendo favorevolmente alla campagna di vaccinazione : si tratta di circa 1.400 bambini vaccinati all'anno. Questo, presumibilmente, ha consentito nel tempo, di ridurre la diffusione del batterio di tipo C e aumentando le difese immunitarie dei bambini. Speriamo, una volta che il vaccino sarà disponibile sul mercato, di ottenere lo stesso risultato anche per il batterio B». (red.ol.)

## L'UNIONE SARDA

### **OLBIA Colpita da meningite: bambina in Rianimazione**

Il febbrone alto, la corsa in ospedale, il ricovero per una sospetta meningite. Una bimba di dieci mesi è ricoverata da due giorni, in prognosi riservata, nel reparto di Rianimazione dell'ospedale di Sassari. Ieri è arrivata la conferma della diagnosi: gli esami hanno accertato una sepsi da meningococco B. È stata ricoverata, in isolamento, nel reparto di pediatria dell'ospedale di Olbia, anche la gemellina della piccola che però sta bene, non ha presentato alcun sintomo ed è stata sottoposta subito a profilassi antibiotica.

**IL RICOVERO** La bambina è arrivata al Pronto soccorso del Giovanni Paolo II martedì scorso, nel pomeriggio, insieme ai genitori, una coppia di trentenni residenti in città, La piccola aveva febbre alta e un forte malessere generale. Sintomi che hanno subito indirizzato i medici verso una sepsi meningococcica, un'infezione generalizzata causata dal temibile meningococco. Dopo gli esami diagnostici, la piccola è stata trasferita nel Reparto Infettivi della Clinica Pediatrica di Sassari. Gli esami di laboratorio eseguiti a Olbia e a Sassari dall'Istituto di Igiene della facoltà di Medicina hanno poi confermato la diagnosi e accertato che il batterio responsabile è il meningococco B. Le condizioni della bambina sono molto gravi e attualmente si trova in Rianimazione. Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della Asl di Olbia ha attivato immediatamente l'indagine epidemiologica e effettuato la profilassi ad una ventina di persone che sono state a contatto con la piccola. La bimba non frequenta l'asilo nido quindi i contatti sono limitati all'ambito familiare. Particolare attenzione è stata prestata alla sorellina che resta sotto osservazione. «Stiamo seguendo attentamente la situazione», - ha spiegato Tonino Saba, direttore del Servizio di Igiene e Sanità pubblica.

**I PRECEDENTI** L'ultimo caso di meningite batterica in città si è registrato ai primi di dicembre del 2013. Vittima una bambina di tre anni, con un decorso fulminante: era arrivata in ospedale già in stato comatoso ed era morta poco dopo. Anche in quel caso si trattava di meningococco B, che in questo momento è il responsabile della maggioranza dei casi in Italia. Effetto probabilmente del fatto che è sempre più diffusa la vaccinazione contro il meningococco C, ormai disponibile da diversi anni e offerta dal sistema sanitario. Il vaccino contro il meningococco B è invece disponibile da poco e le Asl, compresa quella gallurese, non l'hanno ancora inserito nei calendari vaccinali.

## DALL'ITALIA

### QUOTIDIANOSANITA'.IT

**Un anno in Commissione Affari Sociali. Intervista a Vargiu (SC):  
"Finanziamento e titolo V. Due mine vaganti per il futuro del Ssn"**

*Il presidente della XII Commissione della Camera lancia l'allarme in vista del prossimo Patto per la Salute. E lo fa in occasione di questa nostra intervista a 12 mesi esatti dalla sua nomina. E poi un obiettivo tra tutti: "Mi piacerebbe contribuire a disinnescare la bomba ad orologeria della medicina difensiva"*

E' passato un anno dalla nomina di **Pierpaolo Vargiu (SC)** alla presidenza della commissione Affari Sociali della Camera. In questi dodici mesi, che hanno visto l'avvicinamento al governo tra Letta e Renzi, sono passati molti provvedimenti all'esame della XII commissione di Montecitorio: dal rischio clinico alla medicina difensiva, dalle droghe al gioco d'azzardo. Abbiamo così deciso di fare insieme al presidente Vargiu un primo bilancio di questo anno di attività in commissione.

**Onorevole, è passato un anno dalla sua nomina alla presidenza della commissione Affari Sociali della Camera, ci potrebbe fare un primo bilancio di questi 12 mesi?**

Nessun trionfalismo. I problemi della sanità italiana sono sotto gli occhi di tutti, i meccanismi di lavoro delle commissioni parlamentari sono spesso farraginosi e lenti rispetto alla velocità con cui si dovrebbero dare risposte. Credo però che la Commissione non sia stata distratta, né disorientata: i temi della sostenibilità economica e di appropriatezza del welfare sanitario e quelli del rischio clinico e della cosiddetta medicina difensiva, su cui stiamo lavorando, sono tra le principali emergenze reali del sistema. Anche sulle problematiche più specifiche, dal gioco d'azzardo patologico, alle droghe, all'uso off label dei farmaci, abbiamo messo e stiamo mettendo il massimo impegno. Sulla vicenda Stamina, abbiamo avuto equilibrio e capacità d'ascolto che si sono tradotti in uno dei rari voti unanimi della Camera.

**Si è pentito di qualche iniziativa che poteva essere intrapresa in modo diverso?**

No, non ho pentimenti: da cattolico, considero il pentimento figlio della colpa: nei lavori della nostra commissione non è mai mancato l'impegno, né la determinazione e la buona volontà. Ho però piena consapevolezza che si può e si deve sempre fare meglio e che, in questo momento, la politica ha il dovere di usare tutta la capacità di cui dispone per fare non solo l'ordinario, ma anche e soprattutto 'gli straordinari'. La salute è un bene speciale, sia per i pazienti, che per gli operatori impegnati in sanità. Deve esserlo anche per la politica.

**Com'è il clima all'interno della commissione, rispecchia la spaccatura che emerge in qualsiasi trasmissione di informazione politica tra maggioranza, M5S e FI, oppure la sanità riesce a unire?**

Nella nostra commissione si discutono posizioni diverse, spesso in modo appassionato. Qualche volta si litiga. Mi sembra che, per fortuna, ci manchi uno dei cancri della politica: il pregiudizio che impedisce qualsiasi confronto vero. E' un valore aggiunto importante che ci può aiutare ad essere ancora più utili nella soluzione dei problemi reali.

**Quali sono le priorità per il prossimo futuro, e qual è la cosa più urgente che le piacerebbe portare a casa?**

Mi piacerebbe contribuire a disinnescare la bomba ad orologeria della medicina difensiva. Che ogni anno sottrae miliardi di euro alla 'buona medicina', togliendo risorse al malato e alle cure vere e rischiando di far saltare quell'alleanza terapeutica tra il sanitario e il paziente che è invece fondamentale per garantire la migliore tutela della salute.

**In diverse occasioni avete chiesto di coinvolgere il Parlamento nel Patto salute, al**

## **momento pare che siamo al rush finale, ma non sembra ci sia stato un vostro coinvolgimento. Cosa ne pensa?**

Che il Patto della Salute avrà vita difficile sino a quando la politica non avrà il coraggio di ammettere che i problemi del sistema non sono soltanto di governance, ma anche di finanziamento. E magari anche che i ventuno sistemi sanitari regionali hanno sostanzialmente già sepolto i principi dell'universalità degli accessi e dell'equità delle prestazioni. Personalmente, mi iscrivo provocatoriamente al partito dei catastofisti: se restiamo prigionieri di steccati ideologici e non riflettiamo su tutte le possibili modifiche del titolo quinto e del finanziamento dei nuovi bisogni di sanità rischiamo in pochi anni di assistere al crollo del sistema italiano. E, se la sanità italiana crollasse, nessuno potrebbe negare di avere sentito gli attuali, inquietanti scricchiolii. E' per questo che sono convinto che la politica abbia il dovere di agire subito, prima del disastro, senza cedere alla comoda tentazione di nascondere la polvere sotto il tappeto.

## **Enpam si costituisce parte civile contro le truffe dell'ex amministrazione**

*La notizia si riferisce al procedimento avviato dopo l'inchiesta della magistratura che nell'aprile 2012 ha travolto l'ex presidente dell'Enpam Eolo Parodi, del consigliere di amministrazione esperto Maurizio Dallochio e degli ex dirigenti Leonardo Zongoli e Roberto Roseti.*

“La Fondazione Enpam, a doverosa tutela degli iscritti, si costituirà parte civile nel procedimento penale riguardante passati investimenti dell'ente di previdenza”. Ad annunciarlo è una nota dell'Ente previdenziale dei medici e odontoiatri spiegando che “il presidente dell'Enpam, **Alberto Oliveti**, ha convocato il Consiglio di amministrazione per il prossimo 23 maggio per la necessaria delibera, in coerenza con quanto dichiarato sin dal 2011”.

La nota spiega inoltre che “l'Enpam, in qualità di parte offesa, ha ricevuto oggi la notifica delle richieste di rinvio a giudizio formulate dalla Procura della Repubblica nei confronti dell'ex presidente dell'Enpam **Eolo Parodi**, del consigliere di amministrazione esperto (non medico) **Maurizio Dallochio** e degli ex dirigenti **Leonardo Zongoli e Roberto Roseti**”.

“Gli investimenti – sottolinea l'attuale amministrazione della Fondazione - risalgono a prima delle riforme del 2011 e del 2012 che hanno messo in sicurezza il patrimonio e il sistema previdenziale dell'Enpam, la cui sostenibilità è garantita su un orizzonte temporale di oltre mezzo secolo. Pertanto, qualunque sia l'esito delle indagini, non ci saranno effetti sulle pensioni attuali o future dei medici e degli odontoiatri”.

“L'Enpam – conclude la nota dell'Ente - ha attualmente un patrimonio di circa 15miliardi di euro, in continua crescita a garanzia del pagamento delle pensioni”.

## **Milillo (Fimmg): “Alla Sisac chiediamo chiarezza su convenzione o sarà rottura”**

*Ad una settimana dall'incontro con la Sisac, i medici di famiglia chiedono alla Struttura di*

*parte pubblica chiarezza. “Noi – dice Milillo – abbiamo chiaro il percorso che vogliamo fare, ma la Sisac non si esprime. Noi vogliamo costruire, se però vediamo che ci portano troppo in là e ci impediscono di lavorare, siamo pronti alla rottura”.*

Per giovedì prossimo i sindacati di Medicina Generale, dei Pediatri di libera scelta e della Specialistica ambulatoriale, veterinaria e altre professionalità sono convocate nella sede della Sisac per la seconda riunione per parlare del rinnovo della Convenzione dei medici col Servizio sanitario nazionale.

Alla vigilia dell'incontro, la Fimmg però lamenta l'assenza di chiarezza sulle intenzioni della Sisac in merito alle richieste avanzate. Secondo quanto riferisce il presidente del sindacato, **Giacomo Milillo** “Sindacati e Sisac si stanno annusando. Noi abbiamo ben chiaro il percorso che vogliamo fare, ma la Sisac non si esprime. Noi vogliamo costruire, se però vediamo che ci portano troppo in là e ci impediscono di lavorare, siamo pronti alla rottura”.

In particolare Milillo lamenta che a proposito della prossima riunione i sindacati “sono stati convocati senza ordine del giorno. Abbiamo chiesto, con una lettera, quale sia l'ordine del giorno, per poter meglio collaborare alla discussione, ci è stato risposto che l'Odg prevede tutte le richieste dei sindacati. Allo stato attuale - ha aggiunto - sembra che debba succedere qualcosa. Speriamo non sia niente di traumatico, perché – ha spiegato – non sappiamo se vogliono rompere o se vogliono entrare nel merito”. Infine Milillo, parlando a margine della presentazione di un documento elaborato insieme a Federanziani sul futuro della professione del medico di famiglia, sul Patto della Salute e sul ritardo nell'approvazione del testo definitivo ha detto che “Il problema è di tipo politico, dipende dalla volontà di alcune regioni, della Conferenza delle regioni e del presidente che la rappresenta, quindi di **Vasco Errani**. Il problema è un apparato funzionariale, burocratico che col potere che gli viene conferito fa ciò che vuole e che cerca anche di rafforzare ulteriormente il proprio potere limitando le potenzialità del singolo professionista, dipendente o convenzionato, che non viene inteso come apportatore di beneficio ma solo come strumento. Ma questo - ha concluso - è un cancro dell'Italia, non solo della sanità”.

## **Decreto droga e off label. Al Senato parere favorevole da Commissioni Giustizia e Sanità su testo Camera**

*Il testo che arriverà all'esame dell'Aula sarà lo stesso uscito da Montecitorio, con l'aggiunta di alcuni Ordini del giorno. Bocciati, dunque, tutti quegli emendamenti 'restrittivi' in materia di distinzione di droghe leggere e pesanti e reati di piccolo spaccio, che avrebbero potuto ripristinare la Fini-Giovanardi. IL TESTO DEL DECRETO*

Le commissioni riunite Giustizia e Igiene e Sanità del Senato hanno dato parere favorevole al testo del decreto in materia di droghe e off label trasmesso dalla Camera. Le commissioni, anche con il voto di NCD che aveva 'minacciato' di cambiare in senso restrittivo quella parte del testo che ripristinava la distinzione tra droghe leggere e pesanti e abbassava le pene per i reati di piccolo spaccio, hanno respinto tutti gli emendamenti presentati, compresi quelli che avrebbero di fatto potuto ripristinare la legge Fini-Giovanardi bocciata dalla Consulta. Il testo che approderà ora in Aula sarà di fatto lo stesso già approvato dalla Camera, con l'aggiunta di alcuni Ordini del giorno.

A proposito di Odg, la presidente della commissione Sanità di Palazzo Madama, **Emilia De Biasi**, ha sottolineato: "Non esiste alcun odg Giovanardi. Forse ci si riferisce ad un odg Bianconi, riformulato dal governo, in cui si chiede al Ministero della salute di fare un approfondimento scientifico sulla tossicità dei diversi tipi di cannabis. La senatrice Bianconi - ha concluso De Biasi - ha accolto la riformulazione del governo e quindi non c'è stata nessuna votazione. Ancora una volta molto rumore per nulla".

Non sono mancate le polemiche. Come sottolineato dal senatore di Forza Italia, **Lucio Malan**: "Gli emendamenti di Forza Italia e della Lega Nord che avrebbero ripristinato il testo della cosiddetta legge Giovanardi sulla droga, sono stati bocciati con i voti del PD, del M5S, del Nuovo Centro Destra, ivi incluso dello stesso senatore Giovanardi. La maggioranza governativa - prosegue Malan - ha anche respinto gli emendamenti di Forza Italia volti a correggere il palese errore contenuto nel decreto che consente, per ottenere i farmaci ad effetto stupefacente, e che pertanto devono essere rilasciati solo con ricetta da rinnovare volta per volta, la presentazione della ricetta anche in fotocopia".

"Una palese assurdità - ha osservato il parlamentare di FI - che consentirà ai tossicodipendenti di ottenere farmaci pericolosi in quantità illimitata con una sola ricetta. Respinto anche l' emendamento di Forza Italia volto a impedire l'abbassamento della pena per lo spaccio di droga e conseguentemente anche l'arresto cautelare. Dato il contenuto del provvedimento, è facile definire 'stupefacente' il comportamento del Nuovo Centro Destra. Evidentemente la maggioranza pensa che gli italiani, intontiti dalle droghe, non si accorgeranno delle valanghe di nuove tasse per finanziare le regalie elettorali di Renzi".

## DOCTORNEWS33

### **Ministero avverte Fimmg: «I dati degli assistiti vanno condivisi con Ssn»**

Il ministero della Salute domanda: Nuvola Sanità, il sistema di Fimmg che offre la possibilità di leggere i diversi software di gestione dei medici di famiglia, è una spesa inutile, scollegata dai sistemi informativi regionali? Il sindacato dei medici risponde: No, lo abbiamo messo proprio ieri a disposizione del database di una regione, stiamo stabilendo modalità per interfacciarci con i programmi regionali. Replica del ministero: il rischio è di frammentare gli investimenti. Fimmg: così non sarà. Lo scambio di battute tra l'esponente ministeriale Rossana Ugenti e il responsabile del centro studi Fimmg Paolo Misericordia, avvenuto a Milano alla presentazione della 7a Ricerca dell'Osservatorio Ict in sanità, rivela la disperata necessità per la sanità pubblica di sviluppare l'e-health con poche risorse. Che, stando al rapporto della School of Management del Politecnico di Milano, saranno sempre meno, causa spending review: la pensa così il 53% delle direzioni delle Asl interpellate nell'indagine, mentre un 27% è ottimista e un 20 si affida alla capacità delle gare di selezionare i fornitori meno costosi.

Nel 2013 i mmg hanno investito in informatica tre volte più dello stato pur essendo, come sottolinea Misericordia, una categoria non certo nativa digitale: 65 milioni di euro contro gli

800 delle Asl e ospedali, 295 delle regioni, appena 19 del ministero della Salute. «Al di là del fatto che il 68% dei mmg italiani va dai 55 anni in su, almeno due problemi ci hanno spinto a sperimentare un sistema per interfacciare i diversi software (esitato nella creazione recentissima di Nusa, la Fondazione Nuvola Sanità insieme a Federsanità Anci, ndr); il primo è la frammentazione dei programmi gestionali di studio per mmg – quaranta in commercio - e il secondo è la difficoltà per i colleghi di continuità assistenziale ad interfacciarsi con noi, con i loro strumenti prima ancora che con i loro software. Per raggiungere gli obiettivi richiesti dai cittadini, ci stiamo dotando di un “cloud”, un sistema condiviso accessibile via pc web e via mobile destinato a tutta la categoria. Confidiamo che anche le altre banche dati istituzionali ci vengano incontro e i loro programmi si interfaccino con la nostra “nuvola”».

Lo sfogo del ministero è indicativo di un Ssn dove s’immagina il mmg restio a condividere i dati sanitari degli assistiti. Adriano Marcolongo direttore dei servizi sociali e sanitari del FriuliVG invita i medici a superare le barriere di proprietà sui dati dei pazienti. Ma nel comunicato in cui presenta la Fondazione NuSa Fimmg ha già affermato di poter condividere con le aziende sanitarie quella che definisce “la più grande rete sanitaria nazionale”.

## **Indagine Politecnico: presto declino Ssn se continua calo investimenti Ict**

L’informatizzazione: in sanità tutti ne parlano ma sempre in meno ci contano, e ciò può affossare il servizio pubblico. Il 7° Rapporto dell’Osservatorio Ict della School of Management del Politecnico di Milano rivela che la spesa già bassa per l’Ict nel Ssn – 1,17 miliardi nel 2013 – è in discesa; rispetto al 2012, i fondi per l’innovazione sono diminuiti del 26% in termini di investimenti e del 5% in termini di spesa complessiva. E per il futuro la spending review fa prevedere al 53% dei CIO un’ulteriore contrazione. L’indagine è stata realizzata sentendo 88 chief information officer e 181 direttori generali, 11 regioni, ministero della salute, 703 medici di base, 1001 cittadini. Le direzioni strategiche individuano come ambiti d’innovazione radicale, la cartella clinica elettronica, i sistemi di gestione documentale condivisi, i servizi di comunicazione al cittadino, di gestione informatizzata dei farmaci. Mariano Corso ( School of Management), avverte: «Si dice che il Ssn costa troppo ma spende 3 mila euro annui a cittadino, una delle spese più basse in Europa. Le conseguenze si vedono nella qualità dei servizi sanitari italiani, in discesa come rivela il rapporto Euro Health Consumer Index che ci colloca al 21° posto contro il 15° di tre anni fa. Alla luce dell’evidente declino della sanità italiana l’apertura delle frontiere prevista dalle direttive Ue è una minaccia reale: già adesso la mobilità interregionale vale 3,7 miliardi di euro, e c’è da pensare che, in cerca di servizi migliori, s’indirizzerà fuori dal paese, mettendo a rischio un Ssn che vale 815 mila addetti». Urge investire, recuperare all’informatica le risorse risparmiate con la spending review, condividere servizi. «La gestione in cloud dei cedolini dei dipendenti delle aziende Ssn darebbe risparmi per 63 milioni, re si stima che da 56 a 90 milioni potrebbero arrivare dai Pacs (centralizzazione a livello regionale dell’archiviazione dei referti ndr). Recupereremmo 156 milioni: un 15% in più della spesa Ict 2013».

Claudio Caccia presidente Associazione italiana sistemi informativi in sanità-Aisis, avverte che «causa contrarsi degli investimenti in Ict, il Ssn attira un’offerta di minor qualità; e, in un quadro di incertezza sulle risorse, i CIO, che punterebbero su shared services, dematerializzazione, disaster recovery, sono rassegnati a puntare su temi “di confine” cari a

regioni ed Asl, come interoperabilità dei gestionali e fascicolo sanitario. Alle regioni urgono linee guida per valutare la maturità dei rispettivi modelli informativi». All'incontro milanese sono stati assegnati i sette premi Innovazione Ict 2014. Hanno vinto Fondazione Poliambulanza di Brescia per la cartella clinica elettronica, Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna per "clinical governance" e supporto decisionale, l'azienda ospedaliero universitaria Umberto I di Ancona per la digitalizzazione dei processi, la Provincia di Trento per i servizi digitali al cittadino, la Ulss 6 Vicenza per la gestione documenti informatici, Federfarma Lombardia nelle soluzioni per l'assistenza territoriale e la Fondazione Don Gnocchi nelle soluzioni di assistenza socio-sanitaria

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Medici: protesta europea il 15 maggio per difendere il diritto alla salute. Lo slogan: «Fermiamoli!»**

Giornata di protesta europea per i medici il 15 maggio promossa dalla Fems (la Federazione europea dei medici ospedalieri) in difesa del diritto alla salute. Con un manifesto ([VEDI](#)) su cui lo slogan è inequivocabile: «Fermiamoli. Vogliamo difendere il diritto alla salute»

E per l'Italia aderisce l'Anaa che con gli altri sindacati aderenti alla Fems (Aaroi-Emac, Anpo-Fials-Nuova Ascoti, Fassid-Snr) ha organizzato a Roma il 13 maggio un convegno alla presenza di alcuni candidati alle prossime elezioni europee, del rappresentante del Tdm.

L'evento europeo sarà celebrato in ogni Paese con diverse iniziative.

Il 15 maggio si svolgerà a Strasburgo un sit-in di fronte al Parlamento Europeo.

La manifestazione europea ha lo scopo di stigmatizzare l'azione dei Governi dei Paesi Europei che con le loro politiche stanno distruggendo la sanità pubblica costringendola a un impoverimento progressivo .

L'assistenza sanitaria pubblica, improntata a equità e universalismo, e la valorizzazione del lavoro degli operatori pubblici deve diventare una priorità per i governi europei, rilanciando il ruolo insostituibile dei servizi sanitari per garantire il diritto alla salute e la coesione sociale.

Sono 4 le richieste comuni che i medici europei rivolgono ai loro Governi:

- 1) fermare l'impoverimento dei servizi sanitari e garantire adeguate risorse economiche per assicurare un'assistenza di qualità per tutti i cittadini europei;
- 2) fermare la corruzione;
- 3) fermare la repressione sui medici;
- 4) fermare la mortificazione dei professionisti assicurando adeguate condizioni di lavoro e retribuzioni dignitose per tutti i medici europei.

### **Fems: tutte le ombre del lavoro dei medici Ue**

Medici Ue in deficit numerico, con retribuzioni in calo ma costretti a lavorare sempre di più a dispetto delle direttiva Ue sull'orario di lavoro e del rischio burnout. Alle prese, senza idonei strumenti organizzativi, con una progressiva femminilizzazione della professione.



Poco coinvolti nella governance degli ospedali e con un'autonomia in continua erosione che rischia di mettere a rischio qualità e sicurezza delle cure. E' il quadro che emerge dal Report della Fems (Federazione europea dei medici dipendenti) illustrata da Claude Wetzel , dell'Unione nazionale francese degli anestesisti ospedalieri, nel corso del convegno internazionale in corso a Gorizia su «Aspetti del lavoro medico in Europa», promosso organizzato dalla Fems in collaborazione con Anaa Assomed, Aaroi-Emac, Anpo-Ascoti-Fials Medici, Fassid-Snr.

La Federazione Ue dei medici dipendenti ha illustrato i risultati di una ricerca effettuata in 16 paesi europei (Austria, Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, Spagna, Francia, Croazia, Italia, Ungheria, Olanda, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia, Repubblica slovacca più la parte turca di Cipro).

Nella grande maggioranza dei paesi considerati, i medici dipendenti operano all'interno di strutture pubbliche, a volte con un'attività privata in contratto part-time (Italia). Non sono sempre soddisfatti della propria situazione lavorativa (in Italia, Croazia, Slovenia, Polonia, Bulgaria, Romania) e solo in quattro paesi (Repubblica Ceca, Francia, Olanda, Portogallo) hanno uno status speciale nel settore pubblico e (Repubblica Ceca esclusa), sono soddisfatti del proprio ruolo giuridico che consente loro di dialogare direttamente con i decisori.

Nella maggior parte dei paesi, i medici possono essere anche stipendiati in strutture private, sotto contratto. In alcuni paesi (Spagna e Francia), i medici possono lavorare in parte per il settore pubblico e per il settore privato il tempo rimanente.

**Condizioni di lavoro.** L'orario di lavoro è in calo in Europa . Dalle 40,5 ore in media nel 1991 , è sceso a 37,5 ore nel 2010 . Tuttavia, alcune professioni sono oltre la media. E i medici dipendenti fanno parte di quel 9% di lavoratori Ue impegnati più di 48 ore alla settimana. Una fascia di operatori che la Commissione intende tutelare maggiormente, in particolare nel settore salute.

Oltre al problema degli orari, la complessità crescente delle esigenze sanitarie rende il lavoro medico sempre più stressante, nonostante nella maggior parte dei Paesi sia attiva la formazione continua. Un sistema di aggiornamento giudicato efficiente solo in metà dei Paesi, tra i quali l'Italia è assente (Austria, Belgio, Olanda, Spagna, Ungheria, Polonia, Romania e Slovenia).

**Qualità delle cure, sicurezza dei pazienti e gestione del rischio.** I medici europei vedono la loro pratica professionale sempre più regolamentata da raccomandazioni o norme, finalizzate ufficialmente per migliorare la sicurezza del paziente e la qualità delle cure, ma in realtà, si legge nel Report Fems, destinate più che altro a migliorare la produttività

Eppure solo in 7 paesi ( Austria, Bulgaria, Francia, Croazia, Italia, Slovenia) i medici dipendenti si sentono oppressi da norme non elaborate da specialisti competenti e pensano che queste regolamentazioni stanno minacciando la pratica medica e, talvolta, la stessa sicurezza dei pazienti.

In altri due paesi, i medici ritengono che queste norme possano minacciare la sicurezza dei pazienti (Repubblica slovacca e Cipro). Anche se nella Repubblica slovacca molti ospedali non sono conformi agli standard internazionali comuni, quindi è difficile per i gestori o lo Stato di imporre regole di lavoro troppo rigide.

**Burnout.** In quasi tutti i paesi si rilevano problemi di burnout.

Le principali raccomandazioni per evitarlo:

- Promuovere salute e benessere degli operatori sanitari
- Garantire la diagnosi precoce per prevenire i problemi prima che si verifichino
- Migliorare i programmi di cura
- Coinvolgere responsabili politici e istituzioni
- Valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei risultati
- Focus delle iniziative centrati anche su aspetti umani, non solo su quelli economici
- Supportare capitale umano e sociale
- Una maggiore preoccupazione da parte dei manager ospedalieri sulla salute dei medici
- Interventi mirati sui singoli individui, così come sulle organizzazioni
- Utilizzare le informazioni professionali sanitarie per aiutare tutto il personale sanitario
- Incoraggiare i gruppi di supporto
- Effettuare diagnosi precoci tra gli studenti di medicina
- Progettare studi multicentrici a livello europeo al fine di ottenere fondi Ue

**Età di pensionamento dei medici dipendenti.** L'età minima legale di pensionamento è diversa da un paese all'altro . Nel 2013 , questa età è principalmente circa 65 anni per i medici maschi (M) e femmina (F) in Belgio, Spagna; Italia, Portogallo; Romania. Si arriva a 67 anni in Olanda e Polonia; 63 anni in Ungheria, 62 anni in Francia e Repubblica slovacca, 60 anni a Cipro. Differenze di genere solo Croazia, Slovenia e Repubblica Ceca (65 M - 63 F) , Austria ( 65 M - 62 F ) , Bulgaria ( 63 M - 60 F ) e Repubblica slovacca ( 62 M - 57-62 F secondo il numero di figli ).

Nel complesso, a causa dell'invecchiamento della popolazione in Europa, sottolinea la Fems, lo sforzo finanziario necessario per garantire le pensioni dovrebbe aumentare. Nella maggior parte dei Paesi si è deciso per legge di aumentare l'età minima di pensionamento e il periodo di contribuzione nei prossimi anni.

L'età del pensionamento dei medici è superiore per legge rispetto alle altre categorie in Austria, Italia, Slovenia, e Cipro. E' la stessa in Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, Spagna, Francia, Croazia, Ungheria, Olanda, Polonia, Portogallo, Romania e Repubblica slovacca. E chiaramente, la differenza si spiega con la durata prolungata del ciclo di studi e con il conseguente inserimento ritardato nel mondo del lavoro.

**Evoluzione demografica e femminilizzazione della professione.** Nel 2020 secondo stime Ue ci sarà una carenza di un milione di operatori sanitari in Europa , mettendo in discussione il 18 % delle attività di assistenza sanitaria. Si tratta di una sfida sociale e politica da affrontare in tutto il continente .

Gli assi di sviluppo decisi per mantenere un corretto livello di operatori sanitari in Europa :

- Garantire un adeguato numero e qualificazione di personale sanitario per il futuro
- Elaborare le necessarie modifiche (profili professionali e competenze)
- Creare i migliori ambienti di lavoro per attirare e trattenere i professionisti della salute
- Promuovere una cultura della formazione (sicurezza dei pazienti / qualità delle cure ) .

Finanziamenti specifici dei Fondi strutturali Ue saranno assegnati a questa politica sotto la direzione della DG Markt (Mercato interno). Intanto nella larga maggioranza dei Paesi europei è il numero chiuso a regolamentare l'accesso alle scuole di medicina. Questa limitazione non esiste in Bulgaria, Repubblica Ceca, Romania, Polonia e Cipro. In Austria e

Belgio c'è un contingentamento del numero di cittadini stranieri autorizzati ad iscriversi ai corsi di laurea sanitari che riserva il 75 % dei posti nelle ai nativi. Nonostante una sentenza della Corte di giustizia europea , la Commissione europea ha deciso di prorogare la sospensione di un'azione legale contro l'Austria e il Belgio su questo sistema di quote fino al dicembre 2016.

Con l'eccezione di Polonia e Cipro, la femminilizzazione della professione medica è una realtà in tutti i paesi ma solo in Spagna, Olanda e lentamente in Austria sono state adottati cambiamenti organizzativi del personale medico.

Contrariamente a quanto comunemente praticato nei paesi del nord Europa , i medici dipendenti dei 16 paesi non hanno libero accesso agli asili nido dell'ospedale per i loro figli durante le ore lavorative. A Cipro non ci sono asili nido negli ospedali.

Con l'eccezione dell'Austria, un paese la cui la demografia medica è più favorevole, tutti i Paesi stanno affrontando il problema della carenza dei medici, particolarmente grave in Ungheria. In alcuni paesi come Belgio, Portogallo e Cipro alcune specialità sono più a rischio di altre (anestesiologia e medicina d'urgenza). In Romania, non c'è nessun problema nei centri universitari, ma in città non universitarie e nelle aree rurali c'è una grande mancanza di specialisti.

**La presidenza ungherese dell'Unione europea ha condotto un'indagine sulla migrazione di operatori sanitari.** Il flusso migratorio principale è verso Francia e Olanda. In Romania sono presenti medici moldavi, a Cipro stanno arrivando medici turchi ma nella maggior parte degli altri paesi il flusso dominante è verso l'esterno (Repubblica Ceca, Italia, Ungheria, Romania, Polonia, Repubblica slovacca). Entrambi i flussi, in entrata e in uscita sono osservati in Austria, Belgio, Bulgaria, Spagna, Croazia, Portogallo. In Slovenia i medici nazionali stanno emigrando all'estero e vengono sostituiti da medici extracomunitari .

**Remunerazione.** La remunerazione dei medici è diminuita in percentuali che vanno dal 10% al 30 % in molti paesi europei a causa della crisi finanziaria.

Obiettivo strategico della Fems è di ottenere un miglioramento dello stipendio per 2 o 3 volte lo stipendio medio nazionale. Un target centrato in Austria, Spagna, Francia, Croazia ( 2x ), Italia ( 2x ), Olanda, Portogallo, Slovenia e Repubblica slovacca. Non è invece ancora stato realizzato in Bulgaria( 1,2 x ), Repubblica Ceca, Ungheria, Polonia, Romania e Cipro. La situazione in Belgio è specifica, perché la maggior parte dei specialisti sono lavoratori autonomi.

Con l'eccezione di Austria, Belgio, Bulgaria e Olanda, il reddito dei medici è in diminuzione a causa della crisi finanziaria in una grande maggioranza di paesi: In Spagna (per legge ), Croazia, Italia, Polonia, Portogallo, Slovenia e Romania. In Francia e Cipro i salari sono congelati da anni, mentre il costo della vita aumenta. In Repubblica Ceca, Ungheria e Repubblica slovacca gli stipendi sono aumentati (ma meno del previsto), negli ultimi anni, a causa di forti azioni di protesta guidate dai medici.

**Il nodo dell'orario di lavoro.** Ovunque in Europa , i medici devono insomma lavorare molto guadagnando meno . Ma non accetteranno, avverte la Fems, che una revisione della direttiva europea sull'orario di lavoro li porti al mancato riconoscimento dei periodi di

riposo (con reperibilità a chiamata). In caso contrario, la professione medica perderà attrattività e la carenza medici sarà destinata a peggiorare .

La direttiva sui tempi di lavoro (2003/88) è pienamente attuata in tutti gli aspetti in Austria, Belgio, Spagna, Croazia, Ungheria, Olanda, Polonia, Portogallo e Slovenia. Ma sorprendentemente si scopre che in molti paesi europei, alcuni aspetti della direttiva non sono rispettati, soprattutto per gli straordinari (Bulgaria, Repubblica Ceca, Romania e Repubblica slovacca). Per Italia e Francia delegazioni Fems stanno portando denunce ufficiali alla Commissione europea contro i governi, con successo.

**La governance dell'ospedale.** Riguardo il coinvolgimento del medico nella politica sanitaria e di gestione la posizione dei medici dipendenti è costantemente messa in discussione a causa di iniziative che conducono a un isolamento del singolo medico rendendolo sempre più dipendente dalle gerarchie professionali e amministrative. Non a caso, la perdita di autonomia è uno dei fattori scatenanti dell'insoddisfazione e del burnout.

Tranne che in Olanda, Romania e Cipro, in tutti gli altri 13 paesi osservati i medici dipendenti si trovano ad affrontare situazioni che riducono la loro autonomia. In Repubblica Ceca questa situazione esiste solo in alcuni ospedali, in particolare quelli di proprietà di catene di fornitori di assistenza sanitaria .

Tranne in Belgio e Ungheria, negli altri 11 paesi questo progressivo isolamento dei professionisti del settore sanitario è considerato una minaccia alla pratica medica e alla sicurezza dei pazienti .

Le organizzazioni professionali (sindacati, ordini e associazioni) sono considerate «minacciate» dalle autorità in Austria, Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, Croazia, Italia, Polonia, Romania e Repubblica slovacca. Le stesse organizzazioni professionali sono invece rispettate in Spagna, Francia, Ungheria, Olanda, Portogallo, Slovenia e Cipro.

In ogni caso nella gran parte dei paesi osservati, i medici dipendenti non sono soddisfatti del dialogo sociale all'interno degli ospedali e di altre strutture sanitarie. Solo in Olanda e Cipro questo aspetto soddisfa la categoria. Nella Repubblica Ceca il dialogo è considerato corretto negli ospedali pubblici ma non in quelli di proprietà di catene di fornitori di assistenza sanitaria.

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584