

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
13 MARZO 2014

DALLA SARDEGNA

L'UNIONE SARDA

OLBIA Anziano morto. Inchiesta sull'Asl: altre cadute sulla scala mobile

Per la Procura di Tempio il decesso del pensionato Nicola Desini ha un'unica spiegazione: il malfunzionamento della scala mobile del padiglione A dell'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia. Tutto scritto nel primo atto formale dell'inchiesta sull'incidente (avvenuto il 10 luglio del 2013) costato la vita all'anziano. Si tratta dell'avviso con il quale si comunica la data del conferimento dell'incarico al consulente del pm. Il perito dovrà verificare la causa tecnica del problema che ha fatto partire in accelerazione la scala, provocando la rovinosa caduta del pensionato. A questo punto non ci sono più dubbi sulla tesi del pubblico ministero, per la Procura non c'è stato un fatto accidentale, ma il cattivo funzionamento dell'impianto. E dall'inchiesta del magistrato Roberta Guido, emerge un'altra circostanza che dovrà essere valutata per l'accertamento di eventuali responsabilità. La Asl n.2 di Olbia, anche in periodi precedenti all'incidente del luglio 2013, si è occupata delle problematiche della scala mobile. Non solo, ci sarebbero anche richieste di risarcimento dei danni per altre cadute. In proposito, però, va detto che in diversi casi, gli incidenti, fortunatamente non gravi, sono stati causati anche da comportamenti non corretti degli stessi utenti. L'azienda sanitaria è dovuta correre ai ripari, sistemando cartelli con avvisi e divieti, al fine di informare le persone sui rischi dell'utilizzo improprio della scala mobile. In ogni caso, il pm sta verificando la posizione di una ventina di persone. L'indagine riguarda la Asl e le aziende che, a diverso titolo, si sono occupate della scala mobile.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Medico competente per i taglienti, dal 25 Marzo è obbligo europeo

Nessuno è riuscito a fermarla. Tra dieci giorni, il 25 marzo, entra in vigore la direttiva 2010/32 dell'Unione Europea che impone la sorveglianza sanitaria negli studi medici dove si faccia uso di taglienti (potenzialmente infetti) con relativi rischi per titolare e collaboratori. Il decreto legge di recepimento 19 del 19/2/2014 obbliga medici e dentisti a rivolgersi a un medico competente per valutare l'esposizione al rischio. «Il campo di applicazione riguarda tutti i luoghi di lavoro in cui operino dipendenti, indipendentemente dalla tipologia contrattuale: tirocinanti, apprendisti, lavoratori a tempo determinato, lavoratori somministrati, studenti e sub fornitori», afferma **Guido Marinoni** vicesegretario Fimmg lombardo sul sito fimmgnotizie. Sono quindi interessati anche gli studi dei medici di medicina generale, già tenuti a redigere dall'anno scorso il documento di valutazione dei rischi (Duvri). Alcuni mmg organizzati in questi anni si sono affidati al medico competente

se utilizzano infermieri, “esposti” per il lavoro svolto, e tengono una cartella di rischio per ogni operatore; il medico competente redige pure una certificazione di idoneità per ogni lavoratore a rischio. E’ dubbio invece necessitano di sorveglianza gli assistenti di studio, anche se le future mansioni definite nel profilo disegnato da Fimmg vanno al di là dell’uso dei videoterminali, e includono raccolta e smaltimento dei rifiuti e, più genericamente, “disinfezione” di apparecchiature. In ogni caso, fin qui non c’era un obbligo specifico, mentre dal 25/3 ci sarà, e ci sarà un regime sanzionatorio pesante: il professionista inadempiente è punito con l’arresto fino a 6 mesi o con l’ammenda fino a 7014,40 euro. «Oltre a porre in atto tutte le misure per eliminare il rischio – sintetizza Marinoni - il datore di lavoro deve includere una specifica valutazione di merito nel Duvri. Diventa sempre più opportuno, quindi, supportare la complessa attività organizzativa degli studi medici affidandone la gestione a società di servizi, anche cooperative di medici di medicina generale».

Comunicazione medico-paziente, dai corsi Fad a quelli a Teatro

«Dai corsi di formazione a distanza a quelli che si tengono sul palcoscenico di un teatro, è essenziale che i medici acquisiscano la capacità di comunicare nel modo migliore con i pazienti, perché il momento della comunicazione deve essere considerato un vero e proprio momento di cura». A dichiararlo è **Michele Cassetta**, medico e docente all’università di Bologna, che con **Alessandra Caporale**, sociologa ed esperta di counseling, ha realizzato il Corso Fad per Edra “La comunicazione medico-paziente: la relazione efficace”. Dall’altra parte del globo, arriva intanto la notizia di un’iniziativa che va nella medesima direzione: i “simulated patients”, attori professionali con esperienza in ruoli medici, dopo aver debuttato all’Imperial College di Londra, sono ora arrivati in tournée alla Nanyang Technological University di Singapore. In questo modo gli studenti impareranno a presentarsi, a fare le domande giuste e a impostare un rapporto più sereno con i pazienti. «Sono felice che si dia risalto a un progetto esattamente uguale a quello a cui lavoriamo da tre mesi con attori del Piccolo Teatro di Milano. – commenta Cassetta - I medici verranno chiamati sul palco per fare delle simulazioni di comunicazione». I corsi di formazione a distanza rispondono alle medesime necessità e trasmettono gli stessi concetti, ma con modalità differenti: «il corso Fad ha il vantaggio di poter essere scaricato e poi fruito in un secondo tempo, a casa propria e nel momento di maggiore comodità. Contiene molti esempi pratici in cui si enfatizza il modo corretto di comunicare e gli errori più comuni che si possono compiere, perché quando parliamo con il paziente lo stiamo già curando ed è strano che dedichiamo tanto tempo ad apprendere tutte le nozioni mediche e scientifiche necessarie se poi non impariamo a comunicare». Cassetta ricorda che numerosi studi dimostrano come una comunicazione efficace determini minori contenziosi medico legali, una più stretta aderenza del paziente alle terapie, minori problemi di burnout tra i medici e un clima migliore tra colleghi nel posto di lavoro.

Spending review. Confermati tagli alla sanità. Cottarelli al Senato: "Entro il 2016 possibili risparmi nella PA per 34 mld. Anche la sanità darà il suo contributo, anche se contenuto"

Per la sanità si dovrà comunque operare nel Patto per la Salute. Per tutta la Pa nel 2014 il risparmio possibile è di 3 mld. Salirà a 18 nel 2015 e a 34 nel 2016. Nel suo pacchetto il commissario per la spending review ha diviso il lavoro in due macrogruppi. Quelle di immediata applicabilità con risultati dal 2014, tra le quali costi standard sanitari e ricoveri inappropriati. E quelle che richiederanno riforme strutturali.

12 MAR - "Ho presentato ieri sera le mie proposte al comitato interministeriale per la revisione della spesa. Si tratta di una settantina di schede costruite sulla base dei rapporti dei gruppi di lavoro creati negli ultimi mesi. I numeri che presento sono al lordo degli effetti dei possibili tagli di spesa sulle entrate, anche perché questi effetti si possono valutare dopo aver rivisto l'intero quadro fiscale, di finanza pubblica e della crescita. Per il 2014 il massimo risparmio da me è indicato è di circa 7 mld, ma visto che siamo già in anno in corso, e considerando un certo margine prudenziale, penso che un numero ragionevole per l'anno in corso sarebbe i 3 mld di euro. Per il 2015 il massimo risparmio ottenibile è di 18 mld, mentre per il 2016 è di 34 mld circa, il 2% del Pil". Così il commissario per la spending review, **Carlo Cottarelli**, in audizione in Commissione Bilancio del Senato ha illustrato il suo pacchetto di misure per ridurre la spesa dello Stato.

Cottarelli ha voluto da subito sottolineare l'assenza di tagli a Istruzione e Cultura, così come il fatto che le fasce di reddito più deboli saranno esentate da queste azioni. Le azioni proposte sono state suddivise in due macrogruppi: le prime sono quelle di immediata applicabilità che potranno portare risultati già dal 2014, mentre le seconde richiedono riforme strutturali della spesa che vanno iniziate ora ma che avranno effetti solo nel 2015 e 2016. Cottarelli ha poi previsto effetti ancora maggiori per il 2017. Entro la fine della prossima estate, il commissario per la spending review ha auspicato che possano realizzarsi dei Piani d'azione in tal senso.

La sanità dovrà dare il suo contributo, anche se "in misura inferiore rispetto agli altri settori". Per Cottarelli sono ancora possibili risparmi intervenendo soprattutto sui ricoveri inappropriati e una più diretta applicazione dei costi standard. Il tutto dovrà però avvenire "all'interno del Patto per la salute con le Regioni". Anche se il Commissario non ha chiarito se i risparmi ottenuti resteranno alla sanità, come chiesto da **Lorenzin** e Regioni, o andranno, almeno in parte, a sostenere anch'essi le manovre fiscali del Governo.

Vediamo ora le misure di immediata applicazione elencate:

- circa 4 mld di risparmio possibili per imprese partecipate a carico Stato e altri 2 mld ottenibili da quelle a carico delle Regioni;
- nella PA la retribuzione è significativamente più alta rispetto alla retribuzione media pro capite, è possibile un intervento in questo senso;
- la spesa per pensioni, che vale circa il 16% del Pil, può essere soggetta ad un contributo temporaneo di quelle oltre una certa soglia per fiscalizzare oneri sociali dei nuovi assunti. Una misura che vedrebbe esentati l'85% dei pensionati;

- la Sanità dovrà contribuire, anche se in misura inferiore rispetto ad altri settori. Qui qualche risparmio va definito nell'ambito Patto salute, soprattutto sulla riduzione di sprechi per o ricoveri inappropriati e una più diretta applicazione costi standard;
- i costi politica vanno ridotti, visto che, mentre la spesa dello Stato si è ridotta in termini nominali nel 2009-2012, quella della politica è rimasta stabile;
- stessa sorte dovrà toccare le spese per l'alta burocrazia e i gabinetti dei ministri. Anche qui non c'è stata nessuna riduzione e c'è spazio per intervenire. Per le auto blu Cottarelli propone un misto tra il modello attuato dal governo inglese e quello tedesco: si mantengono auto solo per i ministri e ci sia un pool di un massimo di 5 auto per Ministero;
- tagli a tutti quei microstanziamenti contenuti anche nella legge di stabilità. E' necessario riguardarne l'elenco e sfrondarle;
- per i beni e servizi, occorre cambiare modo di acquistare nella PA. Nel breve periodo andranno fatti controlli a tappeto per tutti gli acquisti al di fuori delle regole attuali. Verificare quali contratti in essere non sono in regola e potrebbero essere rinegoziati.

Questo il secondo gruppo, di più ampio respiro, che richiede riforme strutturali:

- per beni e servizi ci sono oltre 30mila centrali di acquisti in Italia, è importanti ridurre in maniera drastica le centrali di appalto, ne basterebbero 30-40;
- sono possibili enormi risparmi sugli immobili di proprietà dello Stato;
- ridurre i costi delle commissioni bancarie che lo Stato paga per riscuotere i tributi;
- realizzare sinergie tra corpi di polizia. Ce ne sono cinque in Italia, il numero di forze di polizia rispetto alla popolazione è tra i più alti in Europa. E' possibile un miglior coordinamento che, nel giro di 3 anni, possa portare risparmi significativi;
- Enti pubblici da eliminare o razionalizzare;
- digitalizzazione: fatturazione elettronica, pagamenti elettronici e riorganizzazione Ced, i risparmi sarebbero ingenti in 3 anni;
- sedi periferiche dello Stato, è necessario domandarsi se una distribuzione a livello territoriale dello Stato sia ottimale a livello delle singole province
- per le partecipate locali si deve distinguere tra quelle che erogano servizi pubblici, per le quali viene suggerito un efficientamento con possibili fusioni o pagamento tariffe; e le altre che si potrebbero chiudere;
- trasporto ferroviario, è necessario un efficientamento e una revisione tariffe;
- spese per la difesa;
- spesa per autorità indipendenti;
- Camere di commercio;
- Rai.

Ddl Lorenzin. La riforma "omnibus" approda in Parlamento. Al via l'esame al Senato. Ecco tutte le novità

Dopo l'approvazione dello scorso dicembre in CdM il testo assegnato alla Commissione Sanità di Palazzo Madama. In tutto 26 articoli. Dalla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano al riordino degli ordini professionali. Dalla sicurezza alimentare e del benessere animale alla promozione della prevenzione. IL TESTO DEL DDL E LA RELAZIONE ILLUSTRATIVA.

Sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, professioni sanitarie, sicurezza alimentare e del benessere animale, promozione della prevenzione. Questi in sintesi gli

argomenti trattati dal Ddl Lorenzin. Il testo, approvato definitivamente lo scorso dicembre in Consiglio dei Ministri, è approdato ora all'esame della commissione Igiene e Sanità del Senato.

Riportiamo di seguito una sintesi del testo articolo per articolo.

Capo I

Sperimentazione clinica dei medicinali e aggiornamento livelli essenziali di assistenza per prestazioni di controllo del dolore nel parto

L'**art. 1**, contiene una delega per il riassetto e la semplificazione della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, coordinando le fonti normative esistenti sia nazionali che comunitarie, che recherà ricadute positive sul piano occupazionale e sul livello di qualità che l'attività di ricerca determina, infatti quanto maggiore sarà la domanda di attività sperimentali, altrettanto maggiore sarà la necessità di disporre di professionalità più qualificate e quindi motivare i ricercatori italiani a non trasferirsi all'estero.

Gli obiettivi da conseguire con l'adozione dei decreti attuativi riguardano: l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione di sperimentazioni cliniche interventistiche dalla Fase 0 alla Fase IV; l'individuazione di modalità per il sostegno e l'attivazione e ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase I; la semplificazione delle modalità d'uso per la ricerca su materiale clinico residuo da precedenti attività diagnostiche o terapeutiche; la definizione delle procedure di valutazione e gli adempimenti meramente formali per le richieste di autorizzazioni per avviare gli studi clinici; la ridefinizione delle procedure di valutazione e di autorizzazione di una sperimentazione clinica, l'individuazione e il ruolo del direttore generale o responsabile legale della struttura sanitaria coinvolta; l'interscambio di documentazione concernente lo studio clinico attraverso l'uso dell'Osservatorio nazionale della sperimentazione clinica; l'individuazione di criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici per specifici percorsi formativi in conduzione e gestione di studi clinici e sperimentazione di farmaci; l'aggiornamento degli operatori nell'ambito del programma ECM; la riformulazione dell'apparato sanzionatorio vigente per assicurare, alla luce dell'esperienza maturata, una migliore corrispondenza tra infrazioni e sanzioni.

L'**art. 2** aggiorna le prestazioni erogabili dal Ssn, nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza. In particolare, prevede che l'aggiornamento riguardi le prestazioni a favore del parto indolore anche mediante il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale.

La norma si applica sia all'interno di strutture ospedaliere pubbliche che private accreditate.

Capo II

Professioni sanitarie

L'**art. 3** riforma in maniera organica gli ordini e i collegi delle professioni sanitarie, con un intervento diretto allo scopo di rendere il sistema più aderente alle esigenze odierne e assicurarne la funzionalità anche nell'interesse dei cittadini.

L'articolo non propone l'istituzione di nuovi enti pubblici bensì effettua esclusivamente le seguenti operazioni di ammodernamento:

a) adegua la normativa di riferimento agli ordini vigilati dal Ministero della salute in

riferimento al loro funzionamento interno;

b) muta la denominazione di collegio in ordine per effetto del mutato quadro ordinamentale e formativo.

In particolare si sostituiscono i primi tre Capi del decreto legislativo n. 233 del 1946, prevedendo che gli ordini, in ragione dei nuovi assetti territoriali così come recentemente delineati, sono costituiti in ogni provincia o città metropolitana ovvero, che il Ministero della salute, su proposta delle Federazioni nazionali d'intesa con gli ordini interessati, possa disporre che un ordine abbia per circoscrizione due o più province finitime. Inoltre, si dispone che tali enti pubblici sono organi sussidiari dello Stato dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, ai quali, tuttavia, non si estendono le norme di contenimento della spesa pubblica e sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute. Promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale delle professioni, la salvaguardia dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei codici deontologici al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva. In più vengono elencati tutta una serie di compiti: dalla pubblicità degli albi delle rispettive professioni e la verifica del possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale, alla valutazione delle attività di formazione continua.

L'articolo, inoltre trasforma gli attuali collegi delle professioni sanitarie e le rispettive federazioni nazionali in ordini delle medesime professioni e relative federazioni nazionali accorpendo in un medesimo ordine professioni tra loro omogenee e compatibili, nonché la costituzione degli Albi per quelle professioni sanitarie che ne sono sprovviste.

L'**art. 4** ricomprende le professioni di biologo e di psicologo nell'ambito delle professioni sanitarie rimettendo, per i biologi, l'esercizio dell'attività di vigilanza sull'ordine al Ministro della salute, attualmente in capo al Ministro della giustizia.

L'**art. 5** si occupa di esercizio abusivo della professione sanitaria. Si integra il codice penale con la circostanza dell'aggravante e la pena aumenta da un terzo alla metà nell'ipotesi di reato. In più è prevista la confisca dei beni mobili o immobili utilizzati per commettere il reato di esercizio abusivo della professione. I beni immobili confiscati all'autore del reato sono dati al Comune dove l'immobile è sito e destinati per le finalità sociali e assistenziali.

L'**art. 6** introduce un'ulteriore aggravante per alcuni reati commessi a danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali.

L'**art. 7** ha lo scopo di agevolare l'accesso dei giovani alla professione medica definendo ulteriori modalità per l'inserimento dei medici in formazione specialistica all'interno delle attività ordinarie delle unità operative delle aziende sanitarie del Ssn facenti parte della rete formativa.

L'obiettivo della norma proposta, nel rispetto dell'autonomia regionale, è quello di accrescere la partecipazione degli specializzandi all'attività professionale. Resta impregiudicata l'applicazione della disposizione a tutti i medici specializzandi senza alcuna differenza tra comunitari e extracomunitari.

L'**art. 8**, prevede il principio della non cumulabilità delle professioni sanitarie al fine di evitare situazioni di conflitto d'interesse. Pertanto, la norma conferma il divieto di compresenza in farmacia solo per le professioni di medico e di farmacista ed eliminato per

le altre, con l'effetto di favorire il processo, già da tempo in atto, di trasformazione della farmacia in presidio socio-sanitario del territorio.

Capo III

Disposizioni varie concernenti il Ministero della salute

L'**art. 9**, delega il Governo a scrivere entro diciotto mesi dall'entrata in vigore della legge, un testo unico della normativa vigente sugli enti vigilati dal Ministero della salute.

L'**art. 10** prevede un intervento legislativo che porti chiarezza in merito allo status dei dirigenti delle professionalità sanitarie del Ministero, in armonia con la disciplina prevista per le corrispondenti qualifiche del Ssn. La disposizione recupera l'idea originaria del d.lgs. n. 502 del 1992, attraverso l'armonizzazione delle normative riguardanti la dirigenza sanitaria del Ministero e del SSN assicurando, così, proficui processi di osmosi e di scambio tra le professionalità tecnico sanitarie delle diverse amministrazioni coinvolte, sia mediante mobilità volontaria inter-enti, sia come offerta professionale sul mercato del lavoro pubblico in sanità.

Capo IV

Della sicurezza alimentare

L'**art. 11**, semplifica le "Deleghe al Governo in materia sanitaria e di sicurezza alimentare" presentate durante la trascorsa legislatura. Prevede una delega diretta ad adottare norme per il riassetto delle disposizioni vigenti in materia di sicurezza degli alimenti e dei mangimi e per l'attuazione dei regolamenti della Ue.

Con questa delega si promuove l'adozione di uno più decreti che consentano la completa ricognizione delle disposizioni "sanitarie" vigenti in materia di alimenti e mangimi, finalizzati ad una significativa semplificazione della normativa esistente, attraverso la riduzione del numero esorbitante di fonti, la riduzione e l'eliminazione degli oneri a carico di cittadini e imprese, l'individuazione di soggetti e compiti specifici connessi all'attività di controllo ufficiale, in vista di un sostanziale potenziamento degli strumenti e delle misure poste a tutela della salute.

L'**art. 12**, consente di effettuare e garantire i controlli sulla sicurezza dei prodotti alimentari prima che vengano distribuiti verso Paesi esteri. Si prevede l'obbligo di iscrizione in un apposito elenco per gli operatori del settore alimentare che intendono esportare. In questo modo viene tutelata l'immagine del Paese in caso di inconvenienti sanitari all'estero.

L'**art. 13**, in linea con la legislazione europea, introduce misure indispensabili per: elevare ulteriormente il livello di sicurezza alimentare nel nostro Paese, riducendo i rischi di insorgenza di eventuali situazioni "emergenziali" per la salute; e per aumentare l'efficacia dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare.

Con l'**art.14** si autorizza il Ministero della salute a realizzare un sistema informativo denominato Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la Sicurezza Alimentare (S.I.N.V.S.A.) per il governo della sicurezza della catena alimentare .

L'**art. 15**, si occupa di navi officina e delle navi frigo che riguardano tutti gli stabilimenti

battenti bandiera italiana presenti in mare indipendentemente dal fatto che siano ormeggiati o meno in uno dei porti nazionali. Le navi officina e le navi frigorifero, a differenza di tutti gli altri stabilimenti che trasformano, producono o commercializzano prodotti di origine animale e rispetto ai quali il controllo ufficiale è effettuato dalle Regioni o dalle Aziende sanitarie locali, per loro natura rappresentano stabilimenti “in movimento” che potenzialmente potrebbero non fare mai rientro in porti italiani.

In merito all'**art. 16**, si rappresenta che il Ministero della salute, nell'ambito dei suoi compiti istituzionali, è da anni impegnato a realizzare un'efficace iodoprofilassi in Italia, quale importante misura preventiva di sanità pubblica.

L'**art. 17** introduce una misura di semplificazione amministrativa prevedendo di unificare l'invio al Parlamento dei dati relativi alle sofisticazioni alimentari attualmente oggetto di due diverse relazioni, con conseguente risparmio per l'Amministrazione delle risorse umane, finanziarie e strumentali attualmente dedicate.

L'**art. 18** interviene sulla produzione e la commercializzazione degli alimenti destinati ad un'alimentazione particolare, gli alimenti addizionati di vitamine e minerali che solo dal 2006 sono disciplinati in modo autonomo e specifico.

Si prevede un richiamo normativo per uniformare obblighi e procedure relativi alla produzione o commercializzazione di alimenti che rientrano in senso lato nella categoria degli alimenti destinati ad una alimentazione particolare e per fugare qualsiasi dubbio interpretativo.

Capo V

Della sicurezza veterinaria

L'**art. 19**, prevede una delega al Governo per adottare, uno più regolamenti per una disciplina organica, in coerenza con la disciplina comunitaria, della tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione di cani e del divieto di utilizzo e di detenzione di esche o di bocconi avvelenati. La necessità dell'intervento regolatorio deriva dall'esigenza di limitare le aggressioni di cani, verificatesi negli ultimi anni, talvolta mortali e spesso in ambito domestico, e dalla necessità di controllare e prevenire il fenomeno di uccisione e maltrattamento di animali mediante l'uso improprio di sostanze tossiche e nocive facilmente reperibili in commercio.

La previsione di cui all'**art. 20** introduce una norma di carattere generale che consente al Ministero della salute di adottare apposite disposizioni, con decreto di natura regolamentare, concernenti misure sanitarie alternative a quelle previste dal Regolamento di polizia veterinaria, in quanto più favorevoli in termini di rapporto costo/beneficio per le malattie che hanno ormai assunto carattere di endemicità nonché più adeguate alla luce delle nuovi metodi diagnostici, terapeutici o vaccinali.

L'**art. 21**, interviene sull'anagrafe degli equidi. Attualmente l'anagrafe equina è organizzata e gestita dall'ex UNIRE, sulla base di linee guida fissate dal Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali. Le disposizioni sono state predisposte al fine di garantire, attraverso idonee prescrizioni, il regolare svolgimento delle manifestazioni e di assicurare un'adeguata vigilanza da parte degli organi deputati, in quanto la mancanza di apposite

disposizioni di sicurezza e tutela per le persone e gli animali può determinare il verificarsi di incidenti con gravi conseguenze per i fantini, il pubblico e gli equidi impiegati nonché implicazioni negative dal punto di vista socio-culturale che possono compromettere il valore di patrimonio nazionale delle suddette manifestazioni.

L'**art. 22** intende dare una maggiore effettività alle norme poste a protezione degli animali, anche in considerazione dell'accresciuta sensibilità dell'opinione pubblica e della posizione assunta in tema di benessere degli animali dall'Unione europea.

La norma proposta intende "sensibilizzare e incentivare" l'operatore al rispetto delle disposizioni poste a protezione degli animali, prevedendo, in caso di violazione delle stesse, oltre al pagamento della sanzione amministrativa pecuniaria stabilita per le specifiche disposizioni violate, anche la possibilità di incorrere nella revoca dell'autorizzazione sanitaria ottenuta per l'esercizio dell'attività economica di riferimento.

L'**art. 23**, interviene per superare alcune distorsioni presenti in precedenti norme ripristinando il corretto funzionamento del mercato dell'Unione europea nel settore dell'allevamento dei volatili

L'**art. 24** ha lo scopo di procedere ad un adeguamento della normativa nazionale in merito al metodo di trasmissione dei dati e delle informazioni su qualunque caso, anche sospetto, di malattia infettiva e diffusiva degli animali, alla luce dei cambiamenti tecnologici degli ultimi anni.

Capo VI

Promozione della prevenzione

L'**art. 25**, reca disposizioni in tema di prevenzione dei rischi connessi all'uso di sigarette elettroniche e di conseguenti sanzioni nell'ipotesi di violazione delle previste prescrizioni per la vendita ed uso scorretto.

Infine, su espressa richiesta regionale e delle province autonome è stato aggiunto un nuovo Capo VII, rubricato "Disposizioni finali" recante con l'**art. 26**, una norma di coordinamento per le regioni e province autonome, nonché la clausola di salvaguardia per le regioni a statuto speciale e le province autonome.

Ue. Allarme personale sanitario: nel 2020 mancherà all'appello 1 milione di operatori

Con la crisi la spesa per la sanità in molti paesi europei è scesa alterando il rapporto tra investimenti necessari allo sviluppo del personale sanitario e la mobilità di quest'ultimo. Tutto ciò significa che se non s'invertirà la rotta nel 2020 circa il 15% della domanda totale di assistenza non sarà coperto. Il Rapporto finanziato dall'Ue di 'Health Workers 4 all'. Sintesi – Rapporto integrale.

Nel 2020, tra solo 6 anni, l'Europa rischia una carenza di 1 milione di operatori sanitari. L'impatto dell'attuale crisi economica e finanziaria è infatti una minaccia molto concreta per l'applicazione del Codice di condotta OMS per il reclutamento di personale sanitario da parte degli Stati membri dell'UE: la spesa pubblica per la sanità in molti paesi è

diminuita, alterando il rapporto tra gli investimenti necessari allo sviluppo del personale sanitario e la mobilità di quest'ultimo. Conseguenze evidenti sono fenomeni come il brain drain di operatori sanitari che colpisce non più solo i paesi extra europei più poveri, ma anche l'est e il sud dell'Europa, inclusa l'Italia.

Il quadro emerge nel Rapporto elaborato nell'ambito del progetto Ue "Personale sanitario per tutti e tutti per il personale sanitario" (HW4All) 'Health Workers 4 all', di cui AMREF è capofila in Italia.

L'analisi mostra, come i sistemi sanitari siano fortemente minati dalla mancanza critica di personale e l'aumento del turnover delle professioni sanitarie: si stima che, se le tendenze non saranno invertite, **entro il 2020 ci sarà una carenza di circa 1 milione di operatori sanitari.**

Da qui una serie di raccomandazioni rivolte ai governi e a tutti gli attori coinvolti nell'implementazione del Codice di condotta: rivedere le politiche di austerità e quelle di aiuti allo sviluppo; puntare su un mercato unico europeo che tuteli la libertà di movimento, ma che incentivi anche un'equa distribuzione degli operatori sanitari; rilanciare le indicazioni del Codice OMS per rimettere al centro del dibattito sullo sviluppo e la mobilità del personale sanitario una prospettiva di salute pubblica.

La domanda per servizi sanitari aumenterà moltissimo nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. La maggior parte degli Stati membri dell'Unione Europea sta fronteggiando al momento una mancanza critica di personale che coinvolge alcune professioni sanitarie, aree di specializzazione medica e aree geografiche. Tutto questo potrebbe peggiorare in futuro qualora non vengano prese decisioni al più presto. Il pensionamento di una grande parte di medici sta infatti restringendo la forza lavoro europea in ambito sanitario ed è stimato che **entro il 2020 la percentuale europea di medici che vanno in pensione raggiunga il 3,2%.**

Una situazione simile è riscontrabile anche fra il personale infermieristico dal momento che, in base ai dati raccolti da alcuni Stati membri, l'età media della categoria sia fra i 41 e 45 anni. Le evidenze che si riscontrano in alcuni paesi mostrano un incremento nel livello di turnover delle Professioni sanitarie e ciò è causato in parte da livelli salariali bassi, ma anche da fattori non finanziari come le condizioni di lavoro non soddisfacenti. Lo studio "Nurse Forecasting in Europe" sul personale infermieristico conferma che nei 12 paesi europei oggetto del rapporto vi siano problemi legati al logoramento e all'**insoddisfazione degli infermieri.**

Il problema di bilanciamento dei ritmi vita-lavoro, in particolare, è più rilevante nei settori sanitari dal momento che la partecipazione delle donne è stata storicamente importante e ancora oggi sta aumentando.

La Commissione europea, con il suo "Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce", stima che, senza l'adozione di misure in grado di rispondere a queste sfide, entro il 2020 ci sarà una carenza di circa 1 milione di operatori sanitari.

Un numero che nel lungo periodo potrebbe raggiungere i 2 milioni se si considerano

l'assistenza a lungo termine e il personale ausiliario. Tutto questo significa che circa il 15% della domanda totale di assistenza non sarà coperto.

La mancanza di personale sanitario in alcuni Stati membri ha inoltre portato a un **incremento dell'assunzione di professionisti sanitari extra-comunitari**. Gli schemi di migrazione di medici provenienti dall'esterno dell'UE variano molto, con una mobilità maggiore che si riscontra da paesi con un passato coloniale, con un forte legame linguistico e storico.

Un'indagine in 10 Stati membri ha mostrato come il 30% dei medici "migranti" arrivino dall'esterno dell'UE in Austria, Belgio, Danimarca, Germania, Paesi Bassi e Polonia. Questo dato arriva al 60% in Francia e Italia e all'80% in Irlanda e Regno Unito.

Al momento, comunque, l'assunzione di professionisti sanitari provenienti da paesi extra Ue sembra in calo, in parte a causa dell'implementazione di una legislazione più restrittiva, in parte per il cambiamento del contesto economico: l'UE non è più una meta ambita sia a causa dei problemi all'ingresso, sia perché in molti preferiscono USA o Canada. In particolare, c'è il concreto rischio di un aumento nell'assunzione di personale europeo da parte di strutture sanitarie statunitensi, fatto che potrebbe peggiorare ancora di più le carenze già presenti in Europa.

Il calo della spesa sanitaria in Europa nel biennio 2009-2011 e le conseguenze

Nel contesto dei pacchetti di austerità attuati nel periodo 2009-2011, la spesa pubblica per la sanità in molti paesi è diminuita, sia in termini assoluti, sia in percentuale rispetto alla spesa pubblica totale, nonostante gli sforzi per proteggere il bilancio sanitario.

Allo stesso tempo, sono stati effettuati ampi tagli alla spesa nei settori dei servizi alle comunità, dell'istruzione e della protezione sociale, mentre i bilanci ufficiali di assistenza allo sviluppo nei paesi OCSE sono diminuiti nel 2011 di circa il 3%. Questi sviluppi incidono direttamente sul rapporto tra mobilità del personale sanitario e investimenti nello sviluppo dello stesso, temi che sono centrali nel Codice di condotta.

Salari dei dipendenti, stipendi e indennità rappresentano circa il 42,3% della spesa pubblica in sanità nei 18 paesi dell'Area Europea dell'OMS e le politiche di molti paesi si sono pertanto concentrate sul taglio degli stipendi.

Ci sono indicazioni che in alcuni paesi europei vi è stata una riduzione (Cipro, Irlanda, Lituania, Portogallo, Romania) o un congelamento (Regno Unito, Slovenia) degli stipendi dei professionisti sanitari, o una riduzione del tasso di incremento salariale (Danimarca). La Grecia ha dovuto fronteggiare riduzioni particolarmente rilevanti del suo personale sanitario.

Altri approcci per abbassare gli stipendi hanno incluso: aumenti dei contributi pensionistici del settore pubblico e riduzioni di prestazioni, portando de facto ad una riduzione di stipendio (Regno Unito); taglio agli straordinari e ai turni di notte, allungando così i turni e coinvolgendo meno personale (Islanda); vincoli sul mantenimento del contratto a

retribuzioni più basse (contratti di pulizia privata e personale IT in Serbia).

Nella Repubblica Ceca i medici sono riusciti a resistere ai tagli dei loro stipendi con negoziazioni e proteste. Nel frattempo, l'Albania, in gran parte isolata dalla crisi, la Bielorussia e l'Ucraina hanno continuato ad aumentare gli stipendi degli operatori sanitari.

Per ottenere risparmi immediati riducendo i costi generali, in alcuni paesi si sono anche registrate chiusure, fusioni, centralizzazioni o tagli di personale all'interno di strutture non direttamente erogatrici di assistenza medica quali il ministero della salute e le agenzie di salute pubblica (Bulgaria, Croazia, Repubblica Ceca, Danimarca, Grecia, Islanda, Kirghizistan, Lettonia, Lituania, Moldavia, Portogallo, Romania, Scozia, Serbia, Slovacchia, Spagna, Tagikistan, Ucraina, Regno Unito). In alcuni paesi i cambiamenti sono stati veramente rilevanti.

Differenze salariali fra diversi paesi o all'interno dei paesi (tra il settore pubblico e quello privato) fanno prospettare un aumento della cosiddetta "fuga dei cervelli". Le prime indicazioni in tal senso ci sono già. L'Italia, per esempio, considerata fino a poco tempo fa un paese di arrivo per infermieri stranieri professionisti, nei primi anni 2000 è divenuta un paese di partenza sia per infermieri sia per medici in cerca di lavoro all'estero. Allo stesso modo, quasi 1000 medici, la maggior parte dei quali specialisti, lasciano l'Ungheria ogni anno per vivere e lavorare in un altro paese europeo.

Le proposte per uscire dall'impasse

L'UE, secondo il rapporto dovrebbe invertire l'attuale tendenza di stagnazione o riduzione di aiuti nella maggior parte dei paesi dell'UE27. Al tempo stesso, essa dovrebbe assicurare che il 50% dei nuovi fondi per la salute siano rivolti a rafforzare i sistemi sanitari, con il 25% che incida direttamente sulla formazione e fidelizzazione del personale sanitario, come raccomandato dall'OMS, convogliando fondi attraverso piani sanitari nazionali e le relative strategie sul personale sanitario.

Se si adotta un tale approccio di coerenza politica, l'Unione europea avrà quindi sufficienti strumenti di policy (compresi regolamenti, direttive e decisioni) per consentire di rispondere ai problemi di mobilità delle professioni sanitarie e per l'attuazione del Codice OMS in un modo che vada ben oltre la natura volontaria delle sue disposizioni.

SOLE24ORE/SANITA'

Troise, Anaao: cambiare il Ssn si può, ma non senza medici e dirigenti sanitari

Il ministero vuole avviare una campagna per cambiare il Ssn: bene, ma deve spiegare che cambiamento sarà, come si farà e con chi intende farlo. Parla chiaro Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaao Assomed, ricordando però «che i medici il 27 ottobre 2012 erano già in piazza, con i cittadini, nel silenzio della Politica e dei media, per difendere e

cambiare in meglio il Ssn. E che da tempo sostengono che "bisogna andare fieri" del nostro sistema sanitario, vittima invece di troppi pregiudizi e luoghi comuni, e lottare per salvaguardarlo».

Secondo Troise, il ministro non può rimproverare ai medici «critici da tempi non sospetti verso il federalismo sanitario e la deriva regionalistica» l'avvento di un «regionalismo egoistico o l'incapacità di programmare».

I medici e i dirigenti sanitari dipendenti, ricorda Troise, lavorano da 5 anni senza un contratto di lavoro nuovo e con il «fantasma di quello vecchio; con indici di produttività che non temono confronti nemmeno con il settore manifatturiero; impegnati di notte, in una perfetta parità di genere, alla tenera età di 63-64 anni, a garantire le urgenze sanitarie; in prima linea, nei fortini dei Pronto soccorso, ad accogliere domande di salute crescenti e complesse in posti barella in carenza di posti letto; con contratti a termine che aspettano un decreto desaparecido nelle stanze di ministri vecchi e nuovi; che non riescono a vedere nel foglio excel della riforma al mese quale è il mese della sanità e la settimana degli ospedali; vittime di una finta partenza di rinnovo contrattuale e di un contenzioso legale non frenato dalla semplice promessa di una legge specifica; con professionalità mortificate ed umiliate da una imperante cultura aziendalista incentivata, anche economicamente, dalle Regioni; con una attività libero professionale intramoenia soffocata da oneri economici e burocratici, tenuti fuori da quel patto della salute che ha la ambizione, o l'illusione, di costituire una riforma quater».

Quale cambiamento chiede il ministro a questi professionisti? domanda Troise.

«Per quanto ci riguarda - conclude - noi siamo pronti a scambiare cambiamenti con cambiamenti, a partire dallo strumento contrattuale, che ministero e Regioni continuano invece ad ignorare. Per il resto, occorre che il Ministro della salute pretenda segnali positivi dal Governo di cui fa parte. Comunque, ha ragione: chi ha le responsabilità le eserciti. Ma cambiare il Ssn non sarà possibile senza i medici e i dirigenti sanitari o contro di loro. Nemmeno se si smette di piangere».



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584