

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDÌ 20 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **OLBIA Arriva il letto, ma la paziente è già morta La famiglia di una malata di tumore aveva fatto la richiesta alla Asl. La consegna un mese dopo**

Giacomina Deiana, 73 anni, da tempo combatteva con un tumore al pancreas. Un mese fa l'aggravarsi delle condizioni di salute ha spinto i medici dell'ospedale di Sassari a rimandarla a casa a Olbia, ma non prima di aver raccomandato ai figli di presentare richiesta alla Asl per il letto e le spalliere. Il figlio, Giovanni Paddeu, ha presentato la domanda all'azienda sanitaria e dalla palazzina di vetro di Tannaule gli è stato assicurato che la richiesta sarebbe stata esaudita in massimo 10 giorni. Invece, di giorni ne sono passati più di trenta. La Asl, infatti, ha avvertito la famiglia Paddeu di essere pronta a consegnare il letto solo lunedì scorso, proprio mentre i figli davano l'estremo salute alla madre. «Quando ci hanno chiamato l'avevamo appena seppellita - racconta il figlio Giovanni -. Abbiamo aspettato per più di un mese e se ne sono ricordati quando non il letto non serviva più. E ieri abbiamo anche ricevuto una seconda telefonata dalla Asl per la consegna delle spalliere. Questo comportamento ci ha fatto male, un ritardo assurdo per una persona che sta male e ha bisogno dell'assistenza. In queste settimane ci siamo dovuti arrangiare tra il suo letto e il divano, in attesa che dall'azienda sanitaria arrivassero le cose richieste. Ma se ne sono ricordati troppo tardi. Mia madre ormai non c'è più, ma mi auguro che cose del genere non capitino più. E' terribilmente ingiusto verso chi soffre». Nel 2010 Giovanni Paddeu salì alla ribalta per aver salvato il parrucchiere Daniele Monteleone, intrappolato tra le lamiere della sua auto per ben 36 ore sulla Olbia-Porto Rotondo. Immobilizzato e incastrato a testa in giù tra i sedili della sua macchina, Monteleone non riuscì a chiamare i soccorsi e rimase in trappola per un giorno e due notti. Ad accorgersi della sua auto, nascosta tra alberi e cespugli, fu proprio Paddeu, volontario della protezione civile, che gli ha così salvato la vita.

**OLBIA Salute e benessere, cominciano oggi le lezioni**

## dell'Unitre

Sarà la psicoterapeuta Sabrina Cesetti a tenere a battesimo il ciclo delle conferenze targate Unitre per l'anno accademico 2014-2015. Oggi alle 17.30 nella sala convegni dell'Expo la psichiatra parlerà della relazione tra persone e luoghi. La Cesetti tornerà a Olbia, sempre ospite dell'università delle tre età, il 22 gennaio per parlare di rappresentazioni interne del mondo esterno. Gli incontri dell'Unitre si svolgono, a cadenza bisettimanale, il giovedì alle 17.30, sempre all'Expo. Il prossimo appuntamento sarà il 4 dicembre con Rita Muscas, Giorgia Volpe e Verusca Tocca, specialiste in tecniche audioprotesiche, che parleranno di inquinamento acustico. Il 20 dicembre al museo, invece, si terrà il tradizionale concerto di Natale con il coro gospel di Telti diretto da Franco Pattitoni. Dopo lo stop per le feste, le conferenze riprenderanno il 22 gennaio ancora con Sabrina Cesetti. A febbraio il 5 Giancarlo Tonolo, direttore di diabetologia dell'ospedale di Olbia, e Angela Pinna, dirigente medico dello stesso reparto, terranno una relazione sul diabete, "La malnutrizione in eccesso e in difetto: cause ed effetti", mentre il 19 la neuropsichiatra Isabella De Martini, università di Genova, già europarlamentare di Forza Italia, parlerà di salute e movimento. A marzo il 5 i medici dell'ospedale Paolo Merlo della Maddalena, la ginecologa Rina Pileri (delegata del Consiglio comunale di Olbia per la commissione Pari opportunità) e l'urologo Mario Umino terranno la lezione "Dalla pubertà al climaterio: quali criticità, quali supporti", mentre il 19 Franco Pala, direttore di anestesia e rianimazione all'ospedale di Olbia, sarà il protagonista di una conferenza su "Il dolore: aspetti etici, medici e antropologici per un approccio integrale all'uomo che soffre". Ad aprile il 16 sarà il turno della naturopata Patrizia Cossu con la relazione "La medicina convenzionale non è alternativa: campi di applicazione" e il 30 del medico Peppino Mela, dirigente del reparto di ortopedia e traumatologia dell'ospedale di Olbia, con "Lesioni complesse degli arti e loro prevenzione". Peppino Mela sarà l'ultimo ospite del ciclo di conferenze dell'Unitre, che negli ha potuto contare sempre su presenze importanti come lo scrittore Salvatore Niffoi, lo storico Manlio Brigaglia o l'ex sottosegretario - e oggi giudice di Forum su Canale 5 - Mirella Scoca. Gli ultimi appuntamenti dell'anno accademico dell'Unitre, sempre presieduta da Giovanni Pirredda, saranno poi il mercatino dei lavori eseguiti dagli studenti, in cartellone dal 5 al 7 maggio all'Urban center, e il concerto del coro e dei chitarristi della stessa associazione. Tutti gli eventi sono a ingresso libero

QUOTIDIANO SANITA'.IT

**Carenza farmaci. Oltre l'86% dei farmacisti ospedalieri europei ha difficoltà nel reperire medicinali. Anche oncologici e cardiovascolari**

*Il 66% segnala questo come un problema quotidiano o settimanale. I farmaci*

*maggiormente coinvolti dal fenomeno sono quelli per combattere le infezioni (57%), contro il cancro (55%) e per le emergenze (30,4%). L'Italia è tra i paesi con le più gravi carenze di farmaci per patologie cardiovascolari (oltre il 60%). E' quanto emerge dal rapporto dell'Eahp che ha intervistato oltre 600 farmacisti ospedalieri di 36 diversi paesi europei. IL RAPPORTO*

Oltre l'86% dei farmacisti ospedalieri europei sta vivendo difficoltà nel reperire i medicinali, con il 66% che segnala questo come un problema quotidiano o settimanale. Sempre a livello europeo, nel 51,8% dei casi queste carenze riguardano farmaci originator, mentre la percentuale sale se andiamo a considerare il contesto italiano: qui la carenza di questi medicinali si attesta su un dato di poco inferiore al 60%. E' quanto emerge dal rapporto dell'Associazione europea dei farmacisti ospedalieri (Eahp), che, dopo aver intervistato oltre 600 farmacisti ospedalieri di 36 diversi paesi europei, ha disegnato un quadro impressionante di come la carenza di farmaci stia influenzando il trattamento dei pazienti in tutto il continente.

I farmaci maggiormente coinvolti dal fenomeno, in generale a livello europeo, sono quelli per combattere le infezioni (56,7%), quelli contro il cancro (54,5%), i farmaci per le emergenze (30,4%), quelli per le patologie cardiovascolari (30,4%) e gli anestetici (26%).

**L'Italia, in particolare insieme a Malta, risulta essere tra i paesi con le più gravi carenze di farmaci per patologie cardiovascolari (oltre il 60%).**

Nel documento vengono riportati anche i nomi di alcuni farmaci di cui è stata denunciata la carenza da tre o più membri dell'Eahp per ogni Paese:

- Tra gli antibiotici usati per combattere le infezioni, in Italia si registrano carenze di Amoxicillina e di Linezolid.
- Tra gli antitumorali, il Cisplatino, il methotrexate e il vincristine.
- Tra quelli usati in cardiologia, il Labetatolo e il furosemide.
- Tra gli antidolorifici, l'ibuprofene.
- Per altre indicazioni terapeutiche il Levothyroxine, immunoglobuline, lorazepam.

Le farmacie ospedaliere denunciano che la maggior parte delle loro carenze sono imputabili al canale dei grossisti (46,3%) e a quello delle aziende farmaceutiche produttrici di farmaci branded (39,8%). **La situazione italiana, descritta nel documento, è in linea con questo quadro europeo.**

La durata di queste carenze può essere di lungo periodo e portare gravi ripercussioni per alcune terapie salvavita. Nella ricerca si sottolinea come, nel 63,3% dei casi, a domanda precisa, gli intervistati abbiano risposto che queste carenze possono durare diverse settimane, mentre per il 29,7% si possono protrarre addirittura per diversi mesi. **L'Italia, anche in questo caso, si allinea pienamente a questi dati**, facendo riscontrare una prevalente carenza di medicinali per un arco di diverse settimane nella maggior parte dei casi.

In aggiunta a tutto questo, i farmacisti ospedalieri hanno denunciato gli enormi costi in termini di tempo sprecato per tentare di reperire forniture alternative, l'aumento dello stress e della confusione, frequenti costi elevati per l'approvvigionamento di prodotti sostitutivi rispetto a quelli previsti, oltre al fatto di dover rinunciare a migliorare il servizio sperperando risorse per risolvere questo problema percepito

come più urgente.

Nel documento, infine, si segnala come **in Italia il sito dell'Aifa sia solito riportare regolarmente queste carenze di medicinali**. In un bollettino mensile

l'Ente regolatorio italiano pubblica informazioni sul nome branded del farmaco mancante, quello del generico, la sua composizione e si stima la data di una possibile nuova reperibilità del medicinale.

"Due cose mi sconvolgono sul problema della carenza di farmaci in Europa - ha detto il presidente dell'Eahp, **Roberto Frontini** - la sua diffusione e l'impatto che sta avendo sulla sicurezza e il benessere dei pazienti. Per troppo tempo questo problema non è stato affrontato. E' arrivato il momento per coloro che hanno la responsabilità di proteggere i cittadini europei dalle minacce sanitarie transfrontaliere, di affrontare il problema. Abbiamo bisogno di sistemi evoluti per garantire la comunicazione anticipata di interruzioni di fornitura, che specifichino le cause, la durata e le alternative disponibili".

"C'è bisogno di un cambio di passo nella registrazione delle informazioni sul problema - ha concluso Frontini - servirebbe che l'Agenzia europea per i medicinali sviluppasse una banca dati dei farmaci carenti in tutta Europa, replicando quanto già fatto dalla sua controparte americana. Abbiamo bisogno di criteri per un'equa distribuzione in caso di penuria, in base alle esigenze dei pazienti e non agli interessi commerciali. Infine, abbiamo bisogno che la Commissione europea si impegni nel condurre indagini e trovare soluzioni. Come chiarisce il nostro rapporto, la carenza di farmaci è una minaccia per la salute che non guarda alle frontiere, ed è il momento che l'Unione europea agisca".

## **Radiologia. Documento di Sirm e Snr sulla gestione di alcune attività in assenza del medico radiologo**

*Alla luce di quanto accaduto con il 'caso Marlia', il sindacato di area radiologica e la Società di radiologia hanno deciso di fornire alcune informazioni sulle modalità comportamentali da tenere nella gestione di attività radiologiche in assenza del medico radiologo, tornando a sottolineare come queste non possano essere espletate, "per mere esigenze economiche", dal solo Tsrn. IL DOCUMENTO*

Alla luce di quanto accaduto in seguito alla vicenda Marlia, in un [documento](#), la Società italiana di radiologia medica (Sirm) e il Sindacato nazionale area radiologica (Snr) hanno ritenuto necessario fornire ai radiologi delle informazioni e modalità comportamentali per la gestione di alcune attività radiologiche in assenza del Medico Radiologo. Vengono prese qui in considerazione solo le "pratiche radiologiche clinicamente sperimentate" per le quali è sufficiente la giustificazione dell'esame da parte del solo medico prescrivente.

In premessa viene spiegato come secondo Sirm e Snr, per le attività radiologiche ambulatoriali, svolte sul territorio, sia da loro considerata necessaria la presenza del Medico Radiologo e che questa non possa essere surrogata per mere esigenze

economiche dal solo Tsmr. Al contrario il Radiologo può operare da solo, rimanendo il responsabile dell'intera prestazione, o con l'ausilio di altre figure professionali.

Nel documento si passa poi ad elencare le condizioni in cui è giustificata la telegestione, quelle che sono le responsabilità dello specialista di area radiologica e quelle che sono le responsabilità del Tsmr. Si conclude spiegando l'importanza del consenso informato da parte del paziente.

## **Stamina & Co. Balduzzi (Csm): "Dietro la tensione tra scienza e diritto c'è anche il dubbio sull'indipendenza delle nostre istituzioni scientifiche. Ma i magistrati devono imparare a valutare meglio la ricerca"**

*Intervista all'ex ministro della Salute, ora membro laico del Csm, a conclusione del Convegno promosso dal Ceims. "Se non vi è certezza dell'autonomia e della piena indipendenza di queste autorità, come posso vincolare un magistrato ad attenersi ai loro pronunciamenti?". "Ma del resto anche i magistrati devono imparare a valutare e interpretare la ricerca scientifica"*

Anche quest'anno Alessandria ha ospitato, dal 14 al 15 novembre, il Convegno nazionale di diritto sanitario promosso dal Centro d'eccellenza interdipartimentale per il management sanitario (Ceims) dell'Università del Piemonte Orientale, del quale è direttore scientifico Renato Balduzzi. Giunto alla XII edizione, il convegno quest'anno ha intercettato alcune tra le questioni di maggiore attualità nel dibattito scientifico e pubblico in materia di diritto alla salute. Nel corso della due giorni di lavori sono stati analizzati tre casi al centro di controversie regolatorie e giudiziarie: il terremoto che ha colpito L'Aquila, l'amianto dell'Eternit e la vicenda Stamina. Abbiamo analizzato quanto emerso dal convegno in quest'intervista con **Renato Balduzzi**, professore ordinario di diritto costituzionale nell'università Cattolica di Milano, ex ministro della Salute, deputato eletto all'ultima legislatura con Scelta Civica e da settembre neo membro laico del Consiglio superiore della Magistratura.

### **Professor Balduzzi, cos'è emerso da questa due giorni di lavori su diritto e scienza?**

Innanzitutto, durante il primo giorno, abbiamo affrontato tre casi emblematici che hanno portato ad una 'tensione' tra la scienza ed il diritto. Particolare attenzione è stata dedicata a come le Istituzioni, gli scienziati e i media abbiano affrontato queste vicende. Il punto d'unione di questi casi, tra loro molto diversi, può riassumersi nella questione del bilanciamento tra diritto alla salute e scientificità delle valutazioni. E' stato chiarito che questo bilanciamento spetta al legislatore. Tuttavia nel corso degli interventi, in particolare riguardo alla vicenda Stamina, è stata sottolineata da tutti la differenza tra quanto stabilito nel decreto-legge e quanto deciso da alcuni magistrati. È poi vero che durante il passaggio al Senato, nel corso della conversione in legge,

togliendo la norma base si è indebolita la struttura del decreto, ciononostante alcuni magistrati sembrano aver fatto a meno del lavoro prodotto dal legislatore. Ci si è quindi chiesti, se il bilanciamento non è operato dal legislatore, chi lo deve fare? Il punto fermo è che il giudice è soggetto soltanto alla legge e il suo compito deve essere quello di verificare se il bilanciamento operato dal legislatore sia proporzionale.

**Sulla vicenda Stamina hanno suscitato scalpore le decisioni di alcuni magistrati del lavoro che hanno di fatto ribaltato quanto stabilito dalle autorità scientifiche. Nel corso della discussione è stato affrontato anche questo aspetto?**

Certamente. Quanto al pronunciamento da parte dell'autorità scientifica, va spiegato il perché di alcune decisioni da parte dei magistrati che, capisco, possano aver suscitato scalpore. Al magistrato viene fatta una richiesta che parte, come in questo caso, da situazioni tragiche. Per poter dare una risposta a queste problematiche di carattere scientifico il magistrato si affida a dei consulenti. Quando ci si chiede come mai un magistrato non si adegua ai pronunciamenti di un'autorità scientifica nazionale, come ad esempio l'Istituto superiore di sanità, si deve tener conto di un problema di fondo: se non vi è certezza dell'autonomia e della piena indipendenza di queste autorità, come posso vincolare un magistrato ad attenersi ai loro pronunciamenti?

**Esiste quindi un problema di indipendenza di questi organismi?**

A differenza dei grandi organismi internazionali, quali l'Oms o l'Efsa, gli organismi scientifici dei singoli Stati membri e in particolare i loro vertici non sono caratterizzati dallo stesso livello di autonomia. Di conseguenza, se non vi è garanzia sul fatto che le posizioni espresse da questi Enti siano davvero indipendenti, come possiamo obbligare un magistrato a vincolarsi a queste posizioni? La stessa scienza, del resto, è caratterizzata molto spesso da una sua pluralità. Dobbiamo tutti lavorare per incrementare il livello di autonomia e indipendenza delle Istituzioni scientifiche.

**Ci sono state anche altre proposte concrete?**

Sì. Ad esempio si è parlato di come migliorare la formazione dei magistrati. Su questo punto mi sono impegnato in prima persona. Il Consiglio superiore della magistratura ha il compito di dettare le linee guida per la formazione dei magistrati, ed in questo senso io vorrei porre una particolare attenzione, non alla formazione scientifica in senso stretto dei magistrati, bensì a fornire un bagaglio culturale che permetta loro di saper valutare e interpretare la ricerca scientifica. Devono, cioè, essere preparati a saper ben utilizzare i risultati della ricerca scientifica.

**Un modo per avvicinare questi due 'mondi'.**

Nel corso del convegno abbiamo scoperto un fattore che spesso accomuna tanto lo scienziato quanto il magistrato: la solitudine. Dalla constatazione di questa solitudine è nata un'interessante discussione sulla comunicazione. E' stato evidenziato, infatti, come la solitudine del magistrato non debba essere riempita da una relazione strumentale con i mezzi di comunicazione. C'è stata spesso una forte divaricazione tra un dato accadimento e come i media abbiano poi rappresentato questo accadimento.

Quando c'è un rischio, esiste anzitutto un problema di valutazione del medesimo, poi di gestione dello stesso e infine di comunicazione di questo rischio.

### **E' stata proposta una formazione ad hoc anche sulla comunicazione?**

No, piuttosto direi che è stata consigliata una certa attenzione nella comunicazione, una maggiore cultura della comunicazione del rischio, sia da parte degli scienziati, sia soprattutto da parte delle istituzioni e dei loro rappresentanti. Facciamo l'esempio concreto delle recenti alluvioni. Ecco, si è parlato spesso a cuor leggero di 'catastrofe'. Certe parole creano allarme. Insomma, non stiamo parlando di una manifestazione sportiva, dove l'uso dell'iperbole non provoca di solito inconvenienti, ma di problemi gravi che toccano direttamente la vita quotidiana di tutti. Si deve porre una maggiore attenzione alle parole che si scelgono, nella piena consapevolezza che queste possono generare determinate reazioni nelle persone.

SOLE 24ORE SANITA'

### **Troise (Anaa): «I medici e i dirigenti sanitari aspettano risposte concrete»**

L'"allergia" per il sostantivo "medici" declinato con l'aggettivo "dipendenti" che aveva colpito il Ministro della Salute, fino a indurlo a evitare ogni contatto e a tenere solo occasionali relazioni epistolari, è guarita. Dopo avere eluso per anni ogni forma di interlocuzione, almeno ufficiale, con le OOSS della Dirigenza medica e sanitaria non mostrando interesse a farsi carico delle questioni poste con unica voce, ieri ha incontrato le sigle sindacali della medicina convenzionata (tutte) insieme con alcune della dipendenza.

Malgrado l'evidente permanere di residui di "ipersensibilità" verso alcune sigle, da continuare a evitare, potremmo essere vicini all'apertura di un nuovo ciclo. Quello che è certo, però, è che i medici e dirigenti sanitari dipendenti non si accontentano di convergenze formali e generiche disponibilità, molto vicine al non possumus con il quale il ministro Madia ha gelato le richieste delle confederazioni sindacali sui contratti del pubblico impiego.

Non basteranno confronti senza soluzioni che si misurino sui fatti.

E i fatti parlano di contratti di lavoro desaparecidos, peggioramento di condizioni lavorative fino al burn out, crescente rischio penale, civile e patrimoniale in ogni atto medico, erosione di spazi professionali, frustrazione dei giovani, penalizzati da un precariato, cui né il Dpcm né il Patto per la salute vogliono mettere fine, da un blocco del turnover che lascia al palo le loro speranze, dal fallimento di un sistema formativo trasformatosi in una fabbrica di disoccupati. Fallimento cui non potranno rimedio

soluzioni pasticciate che rischiano di fare il bis della bocciatura, della sostanza e della forma, che il Consiglio di Stato ha decretato nei confronti del regolamento sugli standard ospedalieri e pretendono di scaricare i costi sulla dotazione organica dei dipendenti in una logica da supermarket del "paghi 1 e prendi 2" che vuole pagare la qualità professionale al massimo ribasso.

Il mantra del cambiare verso non sembra penetrato nella sede del Ministero della salute, ma sarà l'ostinazione dei fatti a imporre un'attenzione finora mancata, perfino nel galateo istituzionale.

## **Anticorruzione Il controllo Anac sugli Ordini slitta al 1° gennaio 2015**

Slitterà al 1° gennaio 2015 il termine per l'inizio dell'attività di controllo dell'Anac sul rispetto della normativa in materia di trasparenza e anticorruzione da parte degli Ordini professionali. Lo ha deciso ieri il consiglio dell'Autorità nazionale anticorruzione nel corso di una seduta in cui ha disposto la modifica della [delibera 145/14 dello scorso ottobre](#) con cui l'Anac - chiudendo una controversia che si era aperta da mesi - aveva chiarito che la legge Severino sull'anticorruzione e i suoi decreti attuativi andavano applicati anche ai Consigli degli ordini e ai Collegi professionali.

Una decisione, quella presa ieri dall'Anac, che è stata molto apprezzata dai professionisti. «Esprimo soddisfazione per questo rinvio - ha dichiarato la presidente del Comitato unitario delle professioni (Cup), Marina Calderone - che ci permetterà di meglio chiarire anche la reale natura degli Ordini professionali. Ringrazio il presidente dell'Autorità anticorruzione, Raffaele Cantone, che ha voluto ascoltare le nostre ragioni e sono sicura che si troverà in questo periodo una soluzione di giusto compromesso tra le esigenze di trasparenza, a cui gli Ordini non si vogliono sottrarre, e quelle dei Consigli provinciali. Si tratta di entità per lo più di piccolissime dimensioni che non hanno materialmente la possibilità di applicare una normativa ideata per grandi pubbliche amministrazioni».

Per contestare l'applicabilità delle regole anticorruzione agli Ordini professionali il Cup aveva a suo tempo sottoposto all'Autorità un parere pro veritate in cui erano state rimarcate tutte le caratteristiche di rilievo degli Ordini che secondo i proponenti ne delineavano la specialità rispetto alle pubbliche amministrazioni in generale, a partire - aveva dichiarato la stessa Calderone - «dal fatto che traggono le loro risorse attraverso l'autofinanziamento degli iscritti».

La sensibilità dei professionisti sul tema è, per certi versi, comprensibile se solo si pensa che - soffermandosi sul versante della trasparenza - le regole anticorruzione impongono agli organi di indirizzo politico richiamati dal Dlgs 33/13 la pubblicazione di redditi e patrimoni, ma anche atti di nomina, curricula, compensi legati alla carica e ad altri incarichi pubblici.

Una definizione, quella di «organi di indirizzo politico», nata con riferimento a



Regioni, Province e Comuni, ma già in passato estesa in via analogica agli organi di vertice delle altre amministrazioni anche quando le cariche non sono elettive. Problema nel problema, la delibera 145/14 imponeva il recepimento in tempi stretti di numerose procedure. Su questo fronte «il problema più grosso – aveva evidenziato a suo tempo la presidente del Cup – è per le centinaia di Consigli territoriali, particolarmente quelli di piccolissime dimensioni, che sono già in grandissima difficoltà operativa e non dispongono di risorse economiche sufficienti a implementare le procedure richieste. Queste disposizioni, infatti, ne aggravano la funzionalità». Una partita – quella per l'applicazione della normativa ai Consigli provinciali – che a questo punto, dopo il rinvio, il Comitato unitario spera di poter riaprire nelle prossime settimane.

DOCTOR 33.IT

## **Obbligo specialità per assunzioni. Sigm: no a declassamento ruolo del medico**

No alla creazione di due percorsi formativi paralleli e no alla logica del giovane medico assunto a basso costo per mantenere in vita strutture sanitarie che andrebbero chiuse o riconvertite. A ribadirlo con fermezza in concomitanza con il tavolo politico ex art. 22 del Patto sulla salute una nota dei Giovani medici Sigm. Nella nota i Giovani medici ribadiscono la necessità di essere valorizzati all'interno del Ssn «ma non di certo al prezzo del declassamento della formazione post lauream di medicina e del ruolo del medico». Da qui l'appello che il Sigm rivolge alle Regioni perché sia riconosciuta «una reale integrazione delle reti formative delle scuole di specializzazione di medicina [...] e si adottino modalità di monitoraggio continuo della sussistenza degli standard e delle performance formative delle scuole di specializzazione, rendendo pubblici i risultati delle valutazioni». Non solo, per i Giovani medici è prioritario istituire «scuole di specializzazione di Medicina generale e Cure primarie a preminente incardinamento della rete formativa nel territorio, come già avviene nel resto d'Europa. È venuto il momento» aggiunge la nota «che gli specializzandi senior siano dotati di progressiva assunzione di responsabilità, a fronte di garanzie di adeguati standard formativi, periodicamente certificati, e dei conseguenti riconoscimenti».

## **Sip, entro il 2023 l'Italia perderà oltre 800 psichiatri**

«I calcoli ci dicono che da qui al 2023 in Italia mancheranno 830 psichiatri, oltre il 10% dei circa 7 mila oggi sul campo». A lanciare l'allarme è la Società italiana di psichiatria riunita a Rimini per la Conferenza monotematica “Mens sana in corpore sano: un ritorno al futuro”. Nella classifica della carenza di camici bianchi che si profila all'orizzonte, con stime pari a 15 mila professionisti in meno in 10 anni, «come psichiatri siamo al quarto posto dopo pediatri, internisti e chirurghi»,

sottolinea il past president della Sip **Claudio Mencacci**. «Non è solo un problema di posti nelle Scuole di specialità, che pure sono rimasti stabili negli anni nonostante i pensionamenti, senza quindi riuscire a garantire il ricambio», precisa il presidente degli psichiatri Emilio Sacchetti. Le criticità segnalate sono diverse e “di sistema”: innanzitutto «le disparità che ancora resistono fra Nord e Sud e che alimentano una situazione cronica di precariato. Al Nord ci sono più strutture, più richiesta e più bisogno di personale che dunque prendiamo dal Sud – spiega l’esperto – Ma il loro obiettivo è ritornare a casa, dove però mancano servizi e il lavoro è incerto». Un circolo vizioso che incoraggia molti giovani a fuggire dall’Italia: «Qui non hanno prospettive e allora se ne vanno a studiare e a lavorare all’estero». E poi c’è il problema che, «in una branca della medicina a basso tasso di tecnologia, quando si fanno dei tagli la scure cade sull’organico dei servizi». Con la crisi l’“emorragia” di psichiatri si è fatta sentire già negli ultimi anni, conferma Mencacci, con «perdite di personale dal 15% in alcune realtà fino a punte del 50% in altre». «In un Servizio sanitario nazionale in cui il 60% dei medici ha più di 50 anni, nel quinquennio dal 2018 al 2023 scatterà l’allarme rosso della carenza. E questo accade in un contesto in cui – riflette il past president Sip – la salute mentale è un’emergenza in continua crescita, con conseguenze che pesano il 3-4% del Pil. Ma «aumentare i posti nelle Scuole di specializzazione non basta», ribadisce Sacchetti: «Oltre alla necessità di turnover – insiste – deve essere compresa la peculiarità di una branca della medicina basata sulle persone, bisogna capire che serve organico». L’obiettivo della Sip, infine, è «che anche per la salute mentale venga creato un modello di assistenza in Rete nazionale, come per l’oncologia e le malattie cardiovascolari».

## **DIRITTO SANITARIO Carenze della struttura sanitaria: assolti i medici imputati**

Le carenze della struttura ospedaliera causano la morte del paziente. La Cassazione conferma l’assoluzione dei medici imputati. Il drammatico evento è stato frutto di una serie di concause ha osservato la Suprema Corte. L’errore dei volontari dell’ambulanza che trasportarono il paziente al pronto soccorso ortopedico e non a quello generale, la negata percezione di dolori addominali da parte del ferito, l’assenza di un apparecchio per l’ecografia, l’irrazionale separazione dei diversi pronto soccorso, la mancanza di linee guida ufficiali efficienti per il trasferimento del paziente, la mancata valutazione da parte dell’infermiera della reale situazione del paziente. Di qui la pronuncia assolutoria perchè il fatto non sussiste alla stregua dell’assenza di prova in ordine all’indicato nesso causale.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**