

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
24 GIUGNO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

Regione-Qatar: firmato l'accordo Blitz di Lucio Rispo (Qf) a Cagliari, lungo vertice con Pigliaru e sigla finale: pronta la delibera

Sul San Raffaele l'ultimo vertice è stato lunedì mattina, ieri. In un paio d'ore, Regione, Qatar Foundation e Bambin Gesù hanno ritoccato il progetto del nuovo ospedale e licenziato quella che sarà la bozza definitiva da allegare alla delibera amministrativa che mercoledì sarà votata dalla Giunta. Ma prima che la pratica sia consegnata alla commissione Sanità del Consiglio regionale (deve emettere il parere) bisognerà attendere che da Roma arrivino le due deroghe per i posti letto del San Raffaele (gli ipotizzati 286 a Olbia saranno esclusi dai tagli imposti dal Patto per la salute a carico della rete ospedaliera sarda) e il tetto di spesa alla sanità privata isolana deciso dal decreto Monti, meglio conosciuto come quello della spending review. Secondo alcune fonti, le deroghe firmate dal ministro Beatrice Lorenzin (ma per fare prima potrebbero bastare anche altrettante lettere d'intenti) potrebbero essere notificate anche nella tarda mattinata di oggi ed è per questo che la tradizionale seduta di martedì della Giunta, oggi, sarebbe slittata a domani. Addio 24. L'ormai più volte annunciata intesa a tre (Regione, QF e Bambin Gesù) sul San Raffaele doveva essere firmata oggi. Era questa la scadenza che il governatore Francesco Pigliaru e Lucio Rispo, plenipotenziario della Qatar Foundation, avevano giurato come «irrinviabile» subito dopo la cerimonia del 21 maggio a Palazzo Chigi, presente Matteo Renzi. Invece il rinvio c'è stato anche se, in queste ore, è stato liquidato come tecnico e concordato dai tre partner. Ben arrivato 30. L'ultimo lunedì del mese potrebbe essere quello giusto per la firma del protocollo definitivo. Altri sostengono che la data ufficiale potrebbe essere martedì primo luglio. Tutto dipenderà dai giorni che la commissione Sanità del Consiglio regionale, presieduta dal socialista Raimondo Perra, chiederà per «esaminare con calma la delibera amministrativa con cui i 286 posti del San Raffaele saranno inseriti nella rete ospedaliera», dicono dagli uffici della Giunta. Perra ha assicurato tempi rapidi, la commissione è stata già convocata per giovedì mattina, ma ha posto una condizione: «La pratica dovrà essere completa». Dunque, dal piano industriale alle deroghe del Governo, perché «i commissari voglio vedere tutte le carte insieme e capire anche quali saranno i contraccolpi del nuovo ospedale sulle strutture sanitarie esistenti», fanno sapere fonti del Consiglio regionale e la Giunta farà di tutto per «consegnare da mercoledì in poi l'intera documentazione». L'ultima riunione. È stata quella di ieri, convocata in un battibaleno dalla presidenza della Giunta e a cui hanno partecipato Pigliaru, l'assessore alla Sanità Luigi Arru, con lui il direttore generale Giuseppe Sechi, Lucio Crispo per la QF, due manager del Bambin Gesù e, come osservatore, anche un funzionario del ministero della Salute. Nella riunione, è stato posto il sigillo sul piano industriale del San Raffaele, con alcune correzioni volanti sulla divisione dei posti letto reparto per reparto e sull'accreditamento di quelli che saranno in carico al

sistema sanitario regionale. Su tutto, e stavolta proprio su tutto, i partner avrebbero raggiunto l'accordo definitivo. Ora mancano solo le due deroghe. L'ultima dichiarazione. È stata ancora una volta del presidente della Regione. Francesco Pigliaru ha confermato che l'aggiornamento della scadenza – dal 24 al 30 giugno o al primo luglio – è stato concordato. Per poi ribadire: «Sul San Raffaele la Giunta sta impegnando ogni minuto del suo tempo, per concludere un'istruttoria che è stata straordinariamente veloce». Poi un'ultima battuta sul Governo: «Nel nuovo rapporto di leale collaborazione istituzionale, da Roma arriveranno le notizie che ci aspettiamo».

La Corte dei conti bacchetta la Regione

Due leggi statutarie e 41 normative regionali non sono bastate a cambiare la Regione. L'analisi della Corte dei conti sull'esercizio finanziario del 2013, (l'ultimo dell'era Cappellacci), è spietata: «L'intervento della Regione è stato settoriale e specifico, spesso finalizzato a correggere leggi precedentemente approvate». Le parole dei magistrati contabili diventano musica per il presidente della giunta, Francesco Pigliaru, presente al «contraddittorio» di ieri nella sede della Corte dei conti assieme agli assessori Paci, Arru, Demuro, Erriu, Morandi e Firino, al direttore del Centro di programmazione, Cadeddu, e a molti dei direttori generali. A poco meno di cento giorni dall'insediamento della giunta, il presidente Francesco Pigliaru, afferma: «Dobbiamo accelerare la riforma della Regione». Una tesi ribadita da tutti gli assessori: si fa fatica a controllare una macchina di cui, peraltro, nemmeno si conosce tutto. Numeri. Premesso che le entrate del 2013 sono diminuite del 10,59 per cento rispetto all'anno precedente, (in tutto otto miliardi e 201 milioni di euro), resta il problema dei soldi non spesi e la vertenza entrate. Ci sono poste di bilancio che segnano un lieve miglioramento, (gli stessi residui sia attivi che passivi) ma forse la chiave di lettura sta negli euro che sono passati dal bilancio della Regione per transitare sul conto delle società partecipate: 445 milioni e mezzo negli ultimi due anni; (236.367.636 nel 2012 e 208.190.841 nell'ultimo anno). Consulenze. Stesso discorso per le consulenze. Sono dimuite quelle della Regione ma sono aumentate in alcuni organismi. La Corte dei conti, presieduta da Anna Maria Carbone Prosperetti, cita i casi della Sfirs, di Sardegna It e della nuova Mineraria Silius (pur essendo in liquidazione dal 2006). A Sardegna It sono aumentati anche i costi degli organi di amministrazione della società. Presidente. Anna Maria Carbone Prosperetti spiega: «Sono problemi talmente grandi che non sono mai stati affrontati strutturalmente. Si è sempre cercato di tamponare con leggi specifiche le situazioni contingenti». I giudici contabili, (il relatore referendario è Roberto Angioni), affermano chiaramente che «non è procrastinabile un intervento di riordino della macchina amministrativa». **Sanità. Un capitolo a parte spetta alla spesa sanitaria che assorbe il 40% della manovra della Regione, la metà degli impegni totali e il 60% dei pagamenti. Nel mirino c'è la gestione economica delle Aziende e il mancato rispetto dei tetti fissati dal legislatore nazionale. La Sardegna è tra tutte le regioni quella nella quale, negli ultimi anni, si è registrata la più alta incidenza della spesa farmaceutica. L'assessore Arru ha spiegato come intende rimediare.** Arst. «Forti dubbi di legittimità» ha detto Roberto Angioni sulla delibera per la retribuzione dell'amministratore unico dell'Arst. Gabriella Massidda, neo direttrice generale dell'assessorato, (ex della giunta Cappellacci), ha ricordato che i costi sono passati da un organo collegiale a un organo monocratico con l'ipotesi di risparmio di 185 mila euro. Ma Angioni non si è detto convinto della bontà della scelta. Centrodestra.

L'esercizio finanziario 2013 sarà approvato il prossimo 4 luglio nella riunione delle sezioni riunite della Corte dei conti. Ieri Cappellacci, che era direttamente chiamato in causa come ex presidente della giunta, ha colto gli aspetti positivi della relazione, al netto delle criticità: «Abbiamo intrapreso la strada giusta e abbiamo invertito la tendenza negativa». In una dichiarazione resa assieme all'ex assessore Alessandra Zedda, spiega: «Il progresso sui pagamenti della pubblica amministrazione rappresenta un risultato importante». Cappellacci e Zedda assicurano, dall'opposizione, «un contributo costruttivo». Più critico l'eurodeputato Salvatore Cicu, (Forza Italia): «Pigliaru guarda il dito e dimentica la luna. Il vero problema che emerge dai rilievi della Corte è l'assenza di professionalità in grado di attrarre risorse: i nostri Comuni attraggono una percentuale molto bassa dei Fondi comunitari».

Arru Riorganizzeremo la rete ospedaliera

«Con un decreto della giunta, entro l'estate, definiremo i nuovi criteri di riparto delle assegnazioni alle Asl». Lo assicura l'assessore alla Sanità, Luigi Arru: «Abbiamo preso atto della criticità della legge sulla riorganizzazione della rete ospedaliera. Non sono stati definiti gli standard e riteniamo fondamentale una riorganizzazione del territorio attraverso l'istituzione delle case della salute, gli ospedali di comunità, in modo da aver un continuum assistenziale». Per quanto riguarda il disavanzo, Arru ha annunciato l'attivazione di un tavolo per il monitoraggio della spesa sanitaria e dei servizi socio assistenziali.

I voti all'università, Sassari e Cagliari tra i fanalini di coda Posizioni preoccupanti nella più recente classifica nazionale Dai dati del "Sole 24 Ore" nell'isola le ombre superano le luci

Le due università sarde sono tra i fanalini di coda nell'ultima classifica elaborata dal "Sole 24 Ore". Sassari e Cagliari figurano infatti agli ultimi posti tra gli atenei pubblici italiani nel quadro di una fittissima serie di parametri valutativi. Nel calcolo si va dalle percentuali di occupazione raggiunte nel primo anno dopo la laurea alla qualità della produzione scientifica, dalla didattica alla "dispersione accademica", ossia la percentuale d'immatricolati iscritti al secondo anno nella stessa università. Ma è soprattutto nella graduatoria generale stilata quest'anno dal quotidiano economico finanziario, con un peso pari al 50% delle stime attribuite all'insegnamento da una parte e alla ricerca dall'altra, che le cose appaiono preoccupanti. Sassari è quarantanovesima su 61 con un punteggio di 35 su cento, lungo la stessa linea di Campobasso. Cagliari è ancora più in basso, al numero 53, con 32 punti, come L'Aquila e Cassino. Ma il Capo di Sotto conquista il secondo gradino assoluto nel podio riservato alle iniziative per gli stage, dove appare tra le 15 migliori con un punteggio pari a 8,12 decimi. E tocca il tredicesimo, sempre su 61, nella mobilità internazionale. Mentre il Capo di Sopra può registrare un buon dodicesimo posto sul giudizio che gli iscritti danno dei risultati didattici. È preceduto da Lecce e seguito da Modena-Reggio Emilia, da "Siena Stranieri" dalla seconda università di Napoli. Nel complesso, tuttavia, la nuova griglia rimette in discussione alcuni ottimi piazzamenti ottenuti in passato dagli atenei dell'isola in liste nazionali predisposte da altre istituzioni, come per esempio Censis-Repubblica. Ed ecco perché oggi c'è chi, come per esempio il rettore dell'università di Sassari Attilio Mastino, sta facendo predisporre tutti gli incartamenti per ottenere una certificazione di qualità su scala internazionale. «È in corso da parte nostra – chiarisce in proposito – il completamento delle pratiche per una valutazione di Sassari tra le prime mille università del pianeta, secondo quel che prevede un ente di ricerca

che ogni anno stila questa classifica». Una graduatoria che anni fa aveva visto Cagliari inserita tra i 400 atenei più prestigiosi del mondo. Ma quali sono invece le università al top secondo i risultati raccolti adesso dal "Sole 24 Ore"? Ai primi posti risultano Verona e Trento. Mentre al Politecnico di Milano va la medaglia di bronzo. Seguono Bologna, Padova e le Marche. Tra i 16 atenei non statali - tutti presi in considerazione in un distinto elenco - il primo è il San Raffaele di Milano, il secondo la Bocconi, sempre nel capoluogo lombardo, il terzo la Luiss di Roma. Gli estensori del report portato a termine dal quotidiano economico finanziario spiegano che in quest'occasione, rispetto alle edizioni precedenti, è stata ampliata la gamma degli indicatori usati per dare il voto alle 77 università italiane (numero complessivo tra pubbliche e private). E può darsi che il ricorso ai nuovi parametri abbia influito non poco. Magari contribuendo a far precipitare verso il basso l'accademia sarda.

L'UNIONE SARDA

REGIONE **L'ultimo vertice: San Raffaele ok**

Una domenica bestiale. Poi, un lunedì ventre a terra per non perdere neanche un minuto. Per **Francesco Pigliaru**, novello Stakhanov della politica regionale (versante Sanità), sarà così fino al primo luglio, quando sarà firmato l'accordo per il San Raffaele-Bambin Gesù e nel cantiere a sud di Olbia si potranno (ri)mettere in modo le ruspe e far ruotare (mai rimosse) per centrare l'obiettivo dell'apertura fissata per il primo marzo 2015.

Ieri, tra l'impegno mattutino alla Corte dei Conti e mille altre cosucce, il governatore ha fatto altri straordinari. Alla fine dell'ennesimo confronto con gli investitori, il Presidente, senza dubbio l'attore principale di questa operazione alla quale ha sempre creduto, ha riordinato le carte e ha messo a punto, insieme con l'assessore alla Sanità **Luigi Arru**, gli ultimi dettagli (non di poco conto) della delibera che oggi, dopo l'ok della Giunta, approderà in Commissione Sanità.

INVESTITORI STRANIERI «Stiamo lavorando molto e con intensità - segnala il governatore - secondo una *road map* cominciata agli inizi di maggio, e portata avanti con una velocità che non ha uguali». Con puntiglio e una certa dose di orgoglio, il capo dell'esecutivo regionale rimarca che «il fiore all'occhiello della nuova struttura sarà l'attività di ricerca (il Qatar investe ogni anno sei miliardi di dollari)», e si capisce che lui lavora sodo per dimostrare che un investitore straniero può guardare alla Sardegna con fiducia. Pigliaru è infatti convinto che, una volta approvato questo intervento, altri gruppi stranieri operanti in altri settori, si troveranno nelle condizioni di investire con fiducia.

LA PROCEDURA Tornando alla Commissione, il suo presidente Mondo Perra è pronto da un po' di tempo a convocare i consiglieri per l'esame approfondito della delibera. Perra ha 48 ore di tempo per questo adempimento, ed è molto probabile che i lavori dell'organismo consiliare vadano avanti per diversi giorni. Il San Raffaele è l'argomento che tiene banco e dunque non è difficile prevedere che il dibattito sarà particolarmente articolato. Ormai pare assodato che ad esprimersi sul progetto della *Qatar Foundation Endowment* sarà proprio la Commissione e per questa ragione il vertice di domenica scorsa ha fissato nel primo giorno di luglio la data utile per la sottoscrizione dell'intesa. Pigliaru, ma non solo lui, ha sempre preferito questa soluzione, non solo per la ristrettezza dei termini ma anche perché c'è una legge regionale, varata nel periodo in cui governava **Ugo Cappellacci**, che lo prevede. È la numero 12 del 2011 che, al sesto comma dell'articolo 24, sancisce che «in attesa

dell'approvazione del Piano sanitario regionale, la Giunta, con propria delibera, adottata su proposta dell'assessore alla Sanità, sentita la competente Commissione che si deve esprimere entro venti giorni, è autorizzata a disporre per una sola volta l'accreditamento istituzionale di strutture sanitarie pubbliche e private. L'accreditamento è autorizzato esclusivamente nelle Asl, nel cui ambito territoriale si abbia un rapporto posti letto per mille abitanti inferiore alla media regionale». E questo è il caso dell'Asl di Olbia.

IL QATAR Su quest'ultimo aspetto, ma anche sull'esame delle condizioni generali dell'accordo, ha fatto gli straordinari anche un pool di avvocati ingaggiati dalla *Qatar Foundation* che in Italia è rappresentata dal manager **Lucio Rispo**. Superati gli ultimi ostacoli, ora si tratta solo di aspettare l'esito della voto in Commissione.

IL GOVERNO Per raggiungere la quadra (come si usa dire oggi), occorre il tassello del Governo. Ebbene, se venerdì scorso il piano industriale del Qatar è atterrato a Cagliari con le ultime limature, ieri è arrivata la deroga dell'esecutivo nazionale sul taglio dei posti letto che, per la Sardegna, prima della vicenda San Raffaele, erano 800. La soluzione trovata dovrebbe soddisfare tutti o quasi, compresi quelli che temevano sforbiciate selvagge. Il sostegno del Governo guidato da **Matteo Renzi**, attraverso l'azione del sottosegretario **Graziano Delrio**, alla volontà della Regione e del suo governatore non è mai venuto meno.

IL PROGETTO Restano confermati i numeri annunciati più volte, ma nel frattempo sono giunte anche alcune novità di un certo rilievo. Dunque, l'investimento è di un miliardo e 200 milioni da spalmare in una dozzina di anni. I posti di lavoro strettamente legati all'attività sanitaria sono circa mille, ai quali ne va aggiunto un altro centinaio solo per la ricerca. Sarà riservata un'attenzione particolarissima verso le malattie come il diabete e la talassemia, purtroppo assai diffuse in Sardegna. In proposito, i qatarioti pare abbiano intenzione di tenere corsi gratuiti per le scuole dell'intera Regione basati quasi esclusivamente sulla prevenzione di queste malattie. Trova anche una conferma l'indiscrezione secondo la quale a ridosso dell'immobile sarà realizzato un parco diviso in due zone. La prima sarà fruibile a tutti, mentre la seconda, dotata di un centro di riabilitazione di altissimo livello, è stata pensata per i ritiri delle squadre di calcio, a partire dal Paris Saint Germain, una delle mille proprietà dell'Emiro qatario.

OLBIA Sono finite intanto le manifestazioni organizzate a Olbia negli ultimi tre giorni della scorsa settimana. Prima è toccato al Pd, poi alla coppia Carlo Careddu-Giuseppe Meloni, infine a Ugo Cappellacci. «Non c'è più alcun motivo di contrapposizione - ha commentato il sindaco di Olbia **Gianni Giovannelli** -, ora l'auspicio che si arrivi presto all'approvazione di un'opera che, lo voglio sottolineare, servirà a tutta la Sardegna, e non solo al territorio della Gallura».

Infine la segreteria regionale del Psi (il partito di Mondo Perra) in una nota sostiene che «l'apertura di una nuova struttura ospedaliera, anche se privata, va accolta con soddisfazione se la stessa si incastona nel contesto del servizio sanitario regionale».

LA MADDALENA «Il Paolo Merlo dimenticato dalla Regione»

Singolare conferenza stampa dell'assessore alla sanità Maria Pia Zonca, all'aperto, di fronte all'ospedale Paolo Merlo. Un ospedale «dimenticato – esordisce - specialmente dalla sanità regionale». Molte cose non vanno, prima di tutto la funzionalità della camera iperbarica, inoperante dal luglio di un anno fa. La Zonca critica l'immobilismo della Regione: «Sto ancora aspettando la risposta dell'assessore regionale Luigi Arru sul problema della sanità a La Maddalena. Gli ho inviato una mail molto particolareggiata ma devo ancora avere

risposta». Anche il sindaco Angelo Comiti ha cercato il contatto con l'assessore e finalmente arriva una notizia positiva: «La prossima settimana ci sarà un sopralluogo tecnico della commissione regionale per verificare se tutto procede secondo il progetto, se la camera iperbarica installata è a norma e se può essere accreditata». I tempi stringono perché la camera è uno strumento sanitario importantissimo, specialmente nel periodo estivo; la commissione dovrà disporre del tempo per le verifiche e la definizione della pratica. Ma c'è anche il problema globale del nosocomio: reparti completi e attrezzati che restano chiusi per mancanza di personale specialistico. «Vi sono dei punti su cui non possiamo transigere – conclude la Zonca – come il punto nascite, la dialisi, l'oculistica, neurologia, mammografia. Dobbiamo avere tutto ciò che è necessario a una struttura di base. Abbiamo una positiva apertura per l'ex San Raffaele, ma ciò che non vogliamo è che non sia toccato il nostro ospedale quale presidio sanitario insulare».

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Sicurezza dei pazienti. Il 57% degli italiani teme di subire danni durante le cure. Ma solo al 13% è capitato davvero. I RAPPORTI UE

Publicati dalla Commissione Europea una serie di rapporti che evidenziano le criticità, reali o percepite, in materia di sicurezza dei pazienti. In Italia il timore è maggiore che in Europa (57% vs 53%), ma le esperienze reali di danno subito sono inferiori che nel resto dell'Ue (13% vs 27% le esperienze dirette, 38% vs 46% quelle familiari). In Ue almeno 37.000 pazienti muoiono ogni anno per infezioni nosocomiali. TUTTI I DOCUMENTI.

Si stima che l'8-12% dei pazienti ricoverati in ospedale in Europa subisca un evento avverso, ad esempio una infezione associata all'assistenza sanitaria (approssimativamente il 25% dei casi). Ogni anno nella Unione Europea circa 4,1 milioni di pazienti hanno una infezione ospedaliera e almeno 37.000 di loro muoiono per le conseguenze. Tuttavia il 20-30% delle infezioni nosocomiali potrebbe essere evitato applicando programmi intensivi di igiene e controllo delle infezioni. Eppure la strada da fare in questa direzione è ancora lunga. Sia in Europa che nel nostro Paese. Quando si tratta di sicurezza delle cure sanitarie, infatti, l'Italia è indietro sulla formazione degli operatori sanitari e sull'“empowerment” del cittadino, parziali gli avanzamenti sui programmi e politiche per la sicurezza e sui sistemi di reporting.

È quanto emerge dai Rapporti della Commissione Europea, freschi di pubblicazione, che presentano i progressi compiuti in materia nei Paesi Ue dal 2009, anno di approvazione della Raccomandazione del Consiglio Europeo sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009/C 151/01). Il pacchetto di documenti, alla realizzazione dei quali hanno partecipato anche il ministero della Salute italiano e il Centro GRC della Toscana, è composto in particolare da: **1) La relazione sull'esecuzione della raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti del 2009, 2) L'indagine Eurobarometro sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza, condotta tra il novembre e il dicembre 2013 in tutti i 28 paesi dell'UE; 3) I risultati della consultazione pubblica svoltasi tra il dicembre 2013 e il febbraio 2014.**

“Quando i nostri cittadini si recano in un ospedale si aspettano di ricevere un’assistenza sanitaria sicura. La buona notizia è che la maggior parte degli Stati membri ha attuato programmi per la sicurezza dei pazienti. La cattiva notizia è che, nonostante tali progressi, nelle strutture sanitarie continuano a registrarsi eventi sfavorevoli e la sicurezza dei pazienti è raramente contemplata nella formazione del personale sanitario. Dobbiamo pertanto dar seguito all’impegno volto a garantire ai nostri cittadini una maggiore sicurezza nelle strutture sanitarie”, ha affermato Tonio Borg, Commissario europeo per la Salute, commentando i risultati raccolti. Eccone una sintesi:

Relazione sull'esecuzione della raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti del 2009

Nel 2009 il Consiglio ha presentato una raccomandazione sulla sicurezza dei pazienti e sulle infezioni nosocomiali, che prevede una strategia globale a livello di UE basata su quattro settori di intervento: 1) politiche e programmi in materia di sicurezza dei pazienti; 2) rafforzamento del ruolo dei pazienti, 3) segnalazione degli eventi sfavorevoli e apprendimento dagli errori; 4) istruzione e formazione del personale sanitario.

A seguito della relazione del 2012 sull’attuazione della raccomandazione, che ha dimostrato i progressi compiuti dagli Stati membri e ha

individuato i settori che richiedono ulteriore impegno, la relazione odierna evidenzia ulteriori progressi compiuti negli ultimi due anni, in particolare nei settori sotto elencati.

1. Sviluppo di politiche e programmi in materia di sicurezza dei pazienti: 26 paesi hanno elaborato o stanno completando strategie o programmi in materia di sicurezza dei pazienti. Le norme sulla sicurezza dei pazienti sono ora obbligatorie in 20 paesi (erano 11 nel 2012) e 19 paesi utilizzano gli orientamenti in materia di sicurezza dei pazienti.

1. Sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli: tali sistemi sono attualmente in vigore in 27 paesi (erano 15 nel 2012), principalmente a livello nazionale (21) e di prestatori di assistenza sanitaria (13). I pazienti sono attualmente più propensi a segnalare di aver subito danni nel ricevere assistenza sanitaria – nel 2013 il 46% ha segnalato eventi sfavorevoli, mentre nel 2009 lo ha fatto solo il 28%.

2. Rafforzamento del ruolo dei pazienti: 18 paesi informano i pazienti sulle norme relative alla sicurezza dei pazienti, sulle misure di sicurezza per ridurre o prevenire gli errori, sul diritto al consenso informato alla terapia, sulle procedure di reclamo e sui mezzi di ricorso disponibili (soltanto cinque nel 2012).

Per quanto riguarda l’impatto della raccomandazione, 21 dei 28 paesi rispondenti hanno dichiarato di aver incrementato la sensibilizzazione a livello politico, 20 hanno dichiarato di aver aumentato la consapevolezza nelle strutture sanitarie e 16 hanno dichiarato di avere avviato interventi concreti.

La relazione conclude tuttavia che è necessario un impegno continuo a livello di UE per aumentare la sicurezza dei pazienti e la qualità dell’assistenza e propone una serie di interventi, tra cui l’elaborazione di orientamenti sulle informazioni da fornire ai pazienti e sulla norme relative alla sicurezza dei pazienti, nonché una definizione comune di qualità dell’assistenza.

Per quanto riguarda la prevenzione delle infezioni nosocomiali la relazione conclude che è richiesto un maggiore impegno, in particolare per garantire che nelle strutture sanitarie sia presente personale specializzato addetto alla lotta contro le infezioni nonché per assicurare la capacità di isolamento dei pazienti infetti.

Indagine Eurobarometro sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza

Poco più della metà (53%) dei cittadini dell'UE considera probabile che i pazienti possano subire danni a seguito delle cure ospedaliere ricevute nel proprio paese. Questa percentuale varia tuttavia notevolmente tra i diversi paesi: si va dall'82% di Cipro al 21% dell'Austria. Anche l'Italia è sopra la media europea, dal momento che la percentuale di cittadini che temono di subire danni in ospedale raggiunge il 57%. Questo nonostante solo il 13% degli italiani dichiara di avere direttamente subito un danno o che sia accaduto a un familiare (38%). Anche in Europa il timore è maggiore della reale esperienza di danno, avvenuta al direttamente 27% dei cittadini intervistati e al 46% dei loro familiari.

L'Italia, tuttavia, è ancora più indietro della media europea per quanto riguarda le segnalazioni. In Europa, infatti, il 46% di coloro che hanno subito un evento sfavorevole lo ha segnalato (era il 28% nel 2009, il che indica che il ruolo dei pazienti è stato sensibilmente rafforzato), ma l'Italia è, in questo campo, tra i paesi in "rosso", cioè dove il danno è stato segnalato da meno del 42% dei pazienti che lo hanno subito. Se i cittadini italiani hanno subito un danno si rivolgono nel 48% dei casi, come nel resto d'Europa, ha un avvocato. La percentuale di cittadini italiani che si rivolge alle direzioni sanitarie è molto più bassa che in Europa (27% vs 39%).

Ciò nonostante, nel 37% dei casi in cui l'evento sfavorevole è stato segnalato "non è successo nulla". Un paziente su cinque ha tuttavia ricevuto le scuse del medico o degli infermieri, mentre il 17% ha ricevuto una spiegazione dell'errore commesso da parte della struttura sanitaria.

Sempre per quanto l'Italia, l'indagine ha rilevato come il 71% dei cittadini europei afferma che la qualità della sanità nel loro paese è buona, mentre nel nostro Paese tale percentuale scende al 56% e il 35% ritiene che la propria sanità sia peggiore rispetto agli altri paesi. Il 41% dei cittadini italiani rispetto al 53% del resto d'Europa ritiene che uno dei criteri per definire la qualità sia avere dei medici ben formati, il 36% rispetto al 40% degli europei fornire cure efficaci mentre il 23% rispetto al 25%, disporre di apparecchiature sanitarie moderne. Colpisce la questione del rispetto della dignità del paziente che viene percepita come un importante criterio di qualità dal 31% dei cittadini italiani rispetto al 24% degli europei.

La consultazione pubblica

I risultati della consultazione pubblica svoltasi tra il dicembre 2013 e il febbraio 2014 mostra che la società civile (oltre il 90%) ancora ritiene che la sicurezza dei pazienti nell'UE sia problematica. Dai risultati è emerso un fortissimo sostegno a tutti i settori passibili di miglioramento individuati dalla Commissione. Secondo gli intervistati le misure più efficaci consistono nel coinvolgere il personale sanitario, nel prevedere leggi nazionali vincolanti, nel coinvolgere le organizzazioni dei pazienti e nel promuovere la cooperazione in materia di sicurezza dei pazienti a livello di UE.

La maggior parte dei partecipanti (72%) ritiene inoltre che ampliare l'ambito di applicazione dell'intervento dell'UE dalla sicurezza dei pazienti fino a coinvolgere una qualità dell'assistenza in senso più ampio apporterebbe notevoli benefici.

La sicurezza dei pazienti è considerata il risultato di un'assistenza di alta qualità, che deve

essere sicura, efficace e rispettosa delle esigenze e della dignità dei pazienti.

Nasce la Società italiana di Gastroemautologia

Il lavoro della nuova società scientifica tenderà di approfondire gli studi sia dal punto di vista epidemiologico che diagnostico e terapeutico sulla associazione tra le malattie reumatiche e quelle gastroenterologiche. Patologie che sommate insieme contano circa 1 milione di pazienti solo in Italia.

Nasce ufficialmente la Società italiana di gastroemautologia (Sigr) e **Vincenzo Bruzzese**, presidente del nuovo soggetto sottolinea come artrite reumatoide, spondiloartriti, morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa ,quest'ultime due denominate malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), siano apparentemente malattie diverse, senza grandi punti di contatto. Solo di recente si è individuato un meccanismo eziologico comune: “Sia nelle malattie gastrointestinali che in quelle reumatologiche infatti c'è un aumento dell'infiammazione mediato da molecole chiamate citochine, che producono il danno articolare da una parte e della mucosa intestinale dall'altra”.

La Sigr nasce quindi proprio con lo scopo di approfondire gli studi sia dal punto di vista epidemiologico che diagnostico e terapeutico su questa intrigante associazione tra le malattie reumatiche e quelle gastroenterologiche. Apparati ed organi apparentemente così diversi e così lontani che invece hanno uno stretto rapporto soprattutto dal punto di vista della reciproca influenza nell'indurre la patologia. “La Sigr si propone di far dialogare e collaborare strettamente le figure del reumatologo e del gastroenterologo , al fine di meglio studiare queste profonde correlazioni e di procedere ad una condivisione maggiore su protocolli terapeutici , screening e follow up” commenta Bruzzese.

Il fine ultimo della Sigr è quello di migliorare le conoscenze per meglio curare i pazienti affetti da patologie croniche , spesso invalidanti, che colpiscono contemporaneamente l'intestino e le articolazioni e che hanno una causa comune. Patologie che sommate insieme contano circa 1 milione di pazienti solo in Italia e il cui impatto sul peggioramento della qualità della vita è estremamente pesante.

Botulismo. L'Iss pubblica le linee guida per la corretta preparazione delle conserve alimentari. Il pericolo del "fai da te"

Sono le prime in Italia. L'allarme segnalato per la tendenza in voga, principalmente tra i giovani, a riscoprire le preparazioni “casalinghe”. È infatti soprattutto nella sperimentazione di nuove ricette, talvolta definite “light”, che si nascondono le maggiori insidie e i rischi per la salute del consumatore. Ecco tutti i consigli da seguire.

Sul botulismo alimentare il primo passo è la prevenzione. Per questo l'Istituto Superiore di Sanità attraverso il Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo ha pubblicato per la prima volta in Italia le Linee Guida per la corretta preparazione delle conserve alimentari in ambito domestico che saranno presentate il 23 giugno nell'ambito del convegno "Il botulismo alimentare in Italia: riflessioni e prospettive". Il volume è stato realizzato dal Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo dell'ISS in collaborazione con la Facoltà di Bioscienze e Tecnologie Agro-alimentari e Ambientali dell'Università di Teramo e con il Centro Antiveneni di Pavia.

La Linea guida vuole fornire indicazioni sulle corrette pratiche di preparazione delle conserve effettuate in ambito domestico ponendo l'accento sulla necessità di applicare determinati trattamenti per ottenere un prodotto sicuro. Il volume ha l'obiettivo, infatti, di aiutare chi si cimenta nella preparazione di conserve in ambito domestico nella scelta di quelle ricette che meglio garantiscono la sicurezza microbiologica, senza però trascurare gli aspetti organolettici e nutrizionali.

Il mancato rispetto delle indicazioni fornite nella guida può costituire un rischio per la salute in quanto eventuali pratiche di preparazione diverse da quelle descritte possono determinare condizioni tali da permettere lo sviluppo di microrganismi patogeni.

“La prevenzione e la comunicazione del rischio rappresentano due capisaldi della mission del Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo (CNRB)” dice **Fabrizio Anniballi** dell'ISS, uno dei curatori delle Linee Guida - che sempre più spesso riceve dal pubblico, richieste di chiarimenti in merito alla preparazione delle conserve alimentari in ambito domestico. Negli ultimi anni, infatti, sta riemergendo tra la popolazione ed in particolare tra i giovani, la voglia di cimentarsi sia nella preparazione di conserve basate su ricette tradizionali tramandate di padre in figlio, sia nella sperimentazione di nuove soluzioni. È soprattutto nella sperimentazione di nuove ricette, talvolta definite “light”, che si nascondono le maggiori insidie e i rischi per la salute del consumatore. Infatti, queste spesso prevedono bassi quantitativi di agenti protettivi come l'aceto, lo zucchero e il sale, non tengono conto dei rischi associati al loro consumo e sono ampiamente divulgate e pubblicizzate in rete nelle innumerevoli pagine web e blog dedicati. Da qui nasce l'esigenza di raggiungere il pubblico interessato a questo argomento proponendo, non già un libro di ricette, ma una guida semplice e pratica che contenga tutte le informazioni necessarie per la corretta gestione di tutto il processo di preparazione delle conserve, mantenendo nel contempo il necessario rigore scientifico”.

La Cimo torna ad essere "solo" Cimo. Cassi: "Siamo il sindacato dei medici e basta"

L'assemblea nazionale del sindacato ha infatti deciso di rinunciare ad essere anche l'“Associazione Sindacale Medici Dirigenti”. “Vogliamo privilegiare gli aspetti peculiari della professione dei medici contro l'omologazione dirigenziale che li ha sviliti”, spiega il presidente.

Cimo Asmd è tornata ad essere solo Cimo. L'assemblea nazionale ha infatti scelto il nuovo logo e deciso di cancellare dal proprio nome la sigla Asmd, Associazione Sindacale Medici Dirigenti. “E' stata una decisione coerente con l'obiettivo del sindacato di riportare il medico al centro del sistema salute e di privilegiare di conseguenza gli aspetti peculiari della professione contro l'omologazione dirigenziale che li ha sviliti”, spiega Riccardo Cassi, presidente la Cimo, ricordando che “Asmd era stato associato al nome originale in conseguenza della riforma, ma non era mai entrata realmente nel sentire comune degli associati e del mondo sanitario; spesso infatti veniva distorta o non menzionata”.

“Torniamo quindi ad essere Cimo come quando siamo nati – prosegue Cassi - con una differenza: non è un acronimo, quindi abbiamo aggiunto come identificativo ‘il sindacato dei medici’ per evidenziare la nostra scelta di non confondersi con altre categorie

professionali con lo scopo di poter difendere al meglio la specificità della nostra professione. Abbiamo conseguentemente cambiato il logo, togliendo la H che circoscriveva all'ospedale la nostra rappresentanza ed inserendo il bastone di Esculapio, simbolo della professione medico”.

La Riforma della PA che esclude i medici dal ruolo unico della dirigenza offre, secondo la Cimo, “un’occasione unica per restituire al medico un ruolo centrale nel SSN, buttandosi alle spalle 20 anni di omologazione con le altre dirigenze e la profonda demotivazione dei professionisti alla quale oggi assistiamo”.

“La questione medico che CIMO ha posto per prima due anni fa ed ha riproposto come tema centrale del proprio Congresso elettivo di settembre scorso sembra oggi essere condivisa da molti”, afferma la Cimo. “Abbiamo presentato una proposta di stato giuridico e di carriera aperta a tutti i contributi: facciamo appello agli altri sindacati a sedersi già da domani ad un tavolo per disegnare in una “Costituente Medica” i principi ai quali deve ispirarsi il ruolo del Medico del SSN partendo dalla formazione, passando per i requisiti di accesso, proposte concrete per il superamento del precariato, condizioni di lavoro e progressione di carriera peculiari e rimotivanti”.

“La crisi – conclude la neonata Cimo - ha profondamente cambiato l’Italia che conoscevamo, certi vecchi riti e schemi non reggono più; raccogliamo l’appello a ridisegnare l’offerta sindacale, ma questa può avvenire solo partendo da proposte comuni ispirate ad una visione comune della professione”.

DOCTORNEWS33

Sempre più chiari i legami tra stress cronico e problemi cardiovascolari

È noto da tempo che lo stress cronico crea problemi a cuore e vasi andando a modificare le risposte del sistema immunitario, ma uno studio da poco pubblicato su Nature Medicine si è spinto oltre e ha dimostrato come anche le cellule staminali ematopoietiche risentano di questa condizione di stress. Lo afferma il primo firmatario dell’articolo, Timo Heidt del Center for system biology del Massachusetts general hospital e Harvard medical school di Boston che assieme ai suoi colleghi ha valutato l’impatto dello stress psicosociale cronico su queste cellule che rappresentano i precursori delle cellule del sangue. «Sappiamo che in caso di stress cronico cervello e sistema immunitario entrano in stretto contatto e comunicano attraverso diverse vie tra le quali anche l’asse ipotalamo-ipofisi-surrene, riuscendo in questo modo a controllare il rilascio di catecolamine indotto dallo stress secondo il classico riflesso *fight-or-flight*» spiega Heidt che aggiunge come sia ancora da chiarire l’effetto dello stress a livello delle staminali ematopoietiche. Per rispondere a queste domande ancora aperte i ricercatori statunitensi hanno eseguito prelievi di sangue su 29 persone che lavoravano in unità di terapia intensiva e che erano quindi costantemente costrette a prendere decisioni stressanti dalla quali poteva anche dipendere la vita del paziente. Rispetto ai campioni prelevati periodi di riposo, quelli raccolti durante il lavoro mostravano livelli più alti di leucociti. «I valori più elevati di neutrofili, monociti e linfociti sono stati osservati dopo una settimana di rotazione in terapia intensiva» precisa l’autore

che ha utilizzato anche modelli murini esposti a stress indotto da fattori sociali o ambientali per testare l'ipotesi che la leucocitosi causata dallo stress sia il risultato di un incremento nella produzione dei leucociti. E dai risultati ottenuti emerge infatti che nei modelli sottoposti a stimoli stressanti, la proliferazione delle cellule staminali ematopoietiche risulta accelerata e aumenta la produzione di neutrofili e monociti. «Questi eventi causano un rilascio di leucociti infiammatori nel circolo sanguigno e promuovono i processi infiammatori a livello della placca» spiega Heidt che poi conclude: «I dati ottenuti forniscono ulteriori prove del ruolo del sistema ematopoietico nelle malattie cardiovascolari e ci parlano di un legame biologico diretto tra stress cronico e infiammazione cronica, un concetto generale che va ben oltre le malattie cardiovascolari».

Nature Medicine (2014) DOI: doi:10.1038/nm.3589 Published online 22 June 2014

Al Mmg la regia di cure territoriali, ma la farmacia di comunità resta la casa del farmaco

«Non una casa della salute ma una sorta di “casa del farmaco”, così può diventare la farmacia territoriale (o meglio, di comunità); il termine è forse improprio perché al centro della cura è il paziente e la distribuzione di alcuni medicinali può avvenire fuori dalla farmacia, ma con l'aiuto di medici e infermieri il farmacista territoriale può avere un ruolo chiave nella rete delle cure primarie per informare, chiarire le terapie, limitare gli effetti collaterali, migliorare efficacia e sicurezza delle cure». Lo afferma **Saffi Ettore Giustini** responsabile Area farmaco della Società di medicina generale alla presentazione a Roma delle Linee guida ministeriali per limitare gli errori in terapia nei servizi assistenziali erogati dalle farmacie di comunità. «Circa il 60% degli over 65 manifesta scarsa aderenza alle terapie; il dato del Geriatrics working group Aifa conferma la necessità di potenziare la farmacia nel monitorare l'aderenza alle terapie dei fragili». Giustini auspica «un collegamento più stretto tra mmg e farmacista, sia su un piano formativo (università, Ecm) sia su un piano operativo, ad esempio per co-monitorare le terapie sui farmaci per le cronicità, con e senza ricetta, assunti in precedenza o in contemporanea tra loro, nonché sui farmaci innovativi. Oggi inoltre è la voce del farmacista, previa formazione comune con i medici, a offrire al cittadino ragguagli su temi ampi e diffusi come il mal di gola o l'occhio rosso, almeno dirgli cosa non fare. In farmacia peraltro – osserva Giustini - ci sarebbe bisogno di una mini-rivoluzione: allestire spazi ad hoc con la privacy giusta per dare consigli, e tempo ai pazienti». Alla presentazione del Manuale ministeriale c'era anche il leader Simg **Claudio Cricelli**, che ha ribadito come resti il medico di famiglia il «fulcro della gestione e del coordinamento assistenziale», previa la necessità di rendere interdisciplinare la rete degli operatori, mentre la leader Ipasvi **Annalisa Silvestro** ha rivendicato per gli infermieri il «concorso nella costruzione e nella regia della rete dei servizi». **Maurizio Benato** vicepresidente Fnomceo ha ripreso temi della presentazione ufficiale del presidente **Amedeo Bianco**, dove si ricorda come al medico restino prevenzione, diagnosi, prescrizione del piano di cura personalizzato e promozione dell'empowerment del paziente, mentre il farmacista è di supporto nella verifica dell'aderenza alla terapia, nell'osservare e segnalare effetti avversi, nonché nelle indicare l'uso corretto dei farmaci e corretti stili di vita.

Stamina, dall'Intersindacale solidarietà ai medici di Brescia: «Altolà a procedure scientifiche non validate imposte da politica e magistratura. Ciascuno torni a fare la sua parte»

Dai medici dell'Intersindacale arriva chiara e forte un'attestazione di solidarietà nei confronti dei medici di Brescia che in nome del rispetto di criteri scientifici e della deontologia professionale rifiutano di applicare il metodo Stamina. A dispetto delle sentenze della magistratura, affermano le sigle sindacali Anasso-Assomed, Cimo, Aaroi, Emac, Fp Cgil Medici, Fvm, Fassid, Cisl Medici, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials Medici, Uil Fpl Medici.

«La sentenza del Tribunale di Pesaro, che il 5 giugno ha disposto, per la prima volta, con uno spettacolare escamotage giuridico-amministrativo, la nomina di un "commissario ad acta" affinché presso gli Spedali Civili di Brescia fosse somministrato il trattamento "Stamina" ad un bimbo affetto dal morbo di Krabbe", produce sconcertanti commistioni di compiti "ausiliari" di organismi amministrativi con ruoli sanitari, al fine di aggirare l'intervenuta indisponibilità dei medici dell'ospedale bresciano alla somministrazione di tale "protocollo terapeutico"», spiega infatti l'Intersindacale in un comunicato. E continua: «Una sentenza del Tribunale di Venezia, giunta proprio in queste ore, obbliga l'ospedale allo stesso trattamento, da farsi entro luglio, su un'altra bimba. Il tutto nel silenzio degli organismi di autogoverno della magistratura in merito alla correttezza di un percorso che ha portato al disconoscimento di qualunque regola sull'erogazione delle cure sanitarie, facendo leva sulle disperate, e comprensibili sul piano umano, aspettative di pazienti e familiari («le prime vittime», come le ha giustamente definite la Fnomceo), la cui strumentalizzazione non può certo rendere giustificabile la sottrazione alla scienza e alla coscienza dei medici di ogni competenza professionale in favore di una malintesa "libertà di essere curati"».

Le sigle sindacali registrano «con sconcerto la crescente delegittimazione delle competenze mediche e sanitarie nella tutela del bene salute, condividendo in pieno, nel merito dell'appropriatezza delle cure, le chiarissime e unanimi posizioni dell'intera comunità scientifica nazionale ed internazionale, nonché della Fnomceo, che non avallano terapie non supportate da documentate e dimostrabili evidenze di efficacia. Tale posizione è basata anche su quanto previsto dall'art.13 del Codice Deontologico appena approvato: "La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza... Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell'assistito al solo scopo di compiacerlo. Il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente. Il medico non deve adottare né diffondere terapie segrete"».

Da qui la richiesta a rientrare "nei ranghi": «Riteniamo - si legge ancora nel duro comunicato diffuso oggi - che nessuno possa autorizzare né imporre procedure scientificamente non validate, o addirittura minacciare persecuzioni giudiziarie contro chi non si adegua alle più o meno "forti" pressioni in tal senso, e pertanto esprimiamo la massima solidarietà ai colleghi degli Spedali Civili di Brescia, impegnati in una manifestazione di disobbedienza civile, e all'attuale amministrazione che ha ereditato scelte pregresse al vaglio della magistratura. Come affermato dal Ministro Lorenzin in Commissione Igiene e Sanità del Senato "È necessario riportare la vicenda in un ambito

scientifico. Gli altri ambiti si sono dimostrati molto deboli". Laddove si crea un vuoto, esso viene inevitabilmente riempito. La magistratura colma i vuoti lasciati dalla politica, e insieme esse creano un vuoto nella governance sanitaria del Ssn, colmato poi in modi completamente contrastanti tra loro. E' ora che politica e magistratura tornino a fare ciascuna la propria parte, e restituiscano a tutti i professionisti del nostro Ssn la loro, garantendo il rispetto delle regole, oggi sempre più latitanti anche a causa della progressiva emarginazione delle organizzazioni sindacali».

Stamina: l'ennesimo paradosso di un Ssn ormai ingovernabile

di Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale Aaroi-Emac (anestesisti rianimatori)

Le numerose e vibrante proteste conseguenti agli ultimi sviluppi della complicata vicenda "Stamina" non sono riuscite a sollevare, almeno finora, l'assordante silenzio degli Organismi di autogoverno della magistratura, calato come un sipario sulla sentenza del Tribunale di Pesaro, ultima di una serie, che il 5 giugno scorso ha provveduto per la prima volta, con uno spettacolare escamotage giuridico-amministrativo, alla nomina di un "commissario ad acta" affinché presso gli Spedali Civili di Brescia ad un bimbo affetto dal morbo di Krabbe fosse somministrato il trattamento in questione.

In tal modo si è dato inizio ad una sequela di paradossi, verificatisi anche attraverso sconcertanti commistioni di compiti "ausiliari" di Organismi amministrativi con ruoli sanitari, e si sono realizzate le più inimmaginabili condizioni, come disposto dalla sentenza, per l'aggiramento dell'intervenuta indisponibilità dei medici bresciani alla somministrazione di un "protocollo terapeutico" della cui absurdità ormai chiunque è al corrente, anche sull'ampissima base dei retroscena riportati nel tempo, e con un'abbondante dovizia di particolari, dai media nazionali ed internazionali.

La questione è ormai talmente conosciuta e dibattuta, non solo dagli "addetti ai lavori", ma dall'intera opinione pubblica, che è del tutto inutile ripercorrerne l'inconcepibile iter.

Ciò che invece diviene finalmente diagnosticabile, dalle ultime vicende di cronaca, è la malattia ingravescente da cui è affetto il nostro Ssn: l'ingovernabilità; nella vicenda "Stamina", una sequela di provvedimenti adottati in Tribunale ha potuto condurre al disconoscimento di qualunque regola sull'erogazione delle cure sanitarie.

L'Aaroi-Emac condivide in pieno, nel merito, le chiarissime e unanimi posizioni dell'intera comunità scientifica nazionale ed internazionale, nel mentre, per quanto riguarda la loro valenza formale e sostanziale, ne registra con desolazione la delegittimazione operata da certe sentenze, sull'onda di una malintesa e distorta azione giuridica di tutela del bene salute. Una tutela sempre più esplicitamente sottratta alla scienza e alla coscienza dei medici, anche a causa e a favore di certe aspettative di pazienti e familiari ("le prime vittime", come le ha definite la FNOMCeO), comprensibili sul piano umano, ma la cui strumentalizzazione ad arte non può di certo pretendere di rendere giustificabili su quello operativo.

Ecco perché la nostra Associazione Sindacale, che opera oggi più che mai in stretta sinergia con le Società Scientifiche di categoria, conferma, come sempre ha fatto in loco, la massima solidarietà ai Colleghi e all'attuale Amministrazione degli Spedali Civili di Brescia, che hanno ereditato scelte pregresse ancora al vaglio della magistratura, condivide la posizione della FNOMCeO e ribadisce che, allo stato attuale, nessuno può autorizzare né imporre procedure scientificamente non validate, o addirittura minacciare persecuzioni giudiziarie contro chi non si adegua alle più o meno "forti" pressioni in tal senso.

"A Brescia è morto lo Stato italiano" ha amaramente commentato la Sen. Cattaneo pochi giorni fa: anche se al peggio non c'è limite, vogliamo sperare che non sia così, e che esso abbia subito "solo" un durissimo colpo.

"È necessario riportare la vicenda in un ambito scientifico. Gli altri ambiti si sono dimostrati molto deboli" ha affermato ieri il ministro Lorenzin in Commissione Igiene e Sanità del Senato. Appunto.

Laddove si crea un vuoto, esso viene inevitabilmente riempito. Ma la magistratura colma i vuoti lasciati dalla politica, e insieme esse creano un vuoto di governance sanitaria del SSN, colmato poi dall'una o dall'altra in maniera pantocratica e/o discrasica secondo i rapporti di forza del momento. Ma se il primo problema non rientra negli ambiti di interesse dell'Aaroi-Emac, altrettanto non può certo dirsi per quanto riguarda il secondo: la politica e la magistratura tornino a fare ciascuna la propria parte, e restituiscano ai medici la loro, beninteso nel rispetto delle regole, che nel SSN sono oggi sempre più latitanti anche a causa della progressiva emarginazione dei Sindacati, che in questi giorni sta raggiungendo il fondo per determinata intenzione dell'attuale Governo.

Medicina di emergenza-urgenza: ecco i primi specialisti. Ma Simeu tiene alta la guardia: «Posti a bando insufficienti rispetto al fabbisogno»

Simeu, Società italiana di Medicina di Emergenza Urgenza, festeggia i primi specialisti, che escono dalle "scuole" nate in Italia nel 2009. I nuovi specialisti saranno 82 in totale, nelle diverse sedi universitarie.

Le cerimonie di diploma sono in corso in questi giorni: i primi si sono diplomati a Roma alcune settimane fa, gli ultimi saranno i senesi il prossimo 15 luglio.

Simeu rilancia però l'allarme: «I posti assegnati dal ministero per la specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza – dichiara Gian Alfonso Cibinel, presidente nazionale Simeu - sono molto inferiori ai fabbisogni definiti dalle Regioni. Il sistema di emergenza necessita di medici e infermieri formati e motivati; attualmente l'università non è in grado di formare un numero sufficiente di operatori. Gran parte del personale in servizio nei nostri pronto soccorso deve essere formato dopo l'assunzione, e spesso è personale "di passaggio" che si ferma pochi anni o addirittura pochi mesi: questa mancanza di continuità nei team mette a rischio la qualità della risposta sanitaria e la sostenibilità nel tempo del sistema di emergenza».

Pare scongiurato il taglio di finanziamenti e di posti previsto per il prossimo concorso di accesso alle scuole di specializzazione mediche: il totale sarà di 5.000 posti complessivi (per tutte le specialità mediche) anche per il nuovo concorso, ma non è chiaro se l'esame di accesso sarà relativo all'anno accademico 2013/2014 (con ritardo di molti mesi) o all'anno 2014/2015 ("saltando" un anno). Si attende comunque il decreto sulla ripartizione tra le diverse specializzazioni per sapere se varieranno o saranno confermati i 50 posti ministeriali per la Medicina di emergenza-urgenza, a fronte del fabbisogno dichiarato dalle regioni di circa 300 nuovi contratti all'anno. «La Simeu - afferma ancora Cibinel – insiste perché la ripartizione dei posti tenga conto dei fabbisogni, a vantaggio dei cittadini e della funzionalità del sistema sanitario nazionale».

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584