

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

GIOVEDI' 5 FEBBRAIO 2015

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Asl, Mura alla Trasparenza Nominato il nuovo responsabile per prevenire la corruzione

Alberto Mura, 45 anni, direttore del Servizio amministrativo territoriale è il nuovo responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza della Asl di Sassari. Laureato in Giurisprudenza all'Università di Sassari, specializzazione in criminologia clinica conseguita presso l'Università di Genova e un master in direzione di strutture complesse, il Mura è stato nominato dal commissario straordinario Agostino Sussarellu per portare avanti la serie di iniziative già avviata dall'Azienda sanitaria locale in linea con la legge 190/2012 nata per contrastare eventuali fenomeni corruttivi in particolari settori della pubblica amministrazione. Alberto Mura, lavora alla Asl dal 2009. Precedentemente ha prestato servizio per il Comune di Sassari, il Comune di Cagliari, il Ministero della Giustizia e l'Università di Sassari. Esperto del Tribunale di Sorveglianza di Sassari, Mura vanta anche un titolo di mediatore civile professionale. Alberto Mura si dovrà occuparsi in particolar modo di promuovere la realizzazione di una rete di vigilanza anticorruzione per la pubblica amministrazione e quindi anche per la sanità, a tutti i livelli aziendali; dare corso all'aggiornamento del Piano per la prevenzione anticorruzione e di quello per la trasparenza, in modo che si passi dal semplice adempimento amministrativo ad una nuova cultura della prevenzione. In particolare il piano anticorruzione prevede una serie di controlli incrociati all'interno dei vari uffici amministrativi tenendo conto di quei settori considerati più "sensibili". In altre parole uffici "caldi" come quelli degli acquisti e degli appalti che in una pubblica amministrazione hanno un ruolo strategico ma di grande rilevanza sotto il profilo etico. Il Piano era già stato presentato e avviato durante la dirigenza Giannico ma oggi, con la nuova gestione commissariale, si passerà a una nuova fase di attuazione. La nomina di Alberto Mura segue quella dei direttori sanitario e amministrativo. Agostino Sussarellu tra i candidati ha scelto la direttrice del distretto di Alghero Serenella Zedda e il responsabile del settore legale Andrea Marras.

TEMPIO Non si trova un anestesista: niente endoscopia

al Dettori

Ennesimo disservizio all'ospedale Paolo Dettori. Dall'inizio della settimana, i pazienti che hanno necessità di essere sottoposti ad esami endoscopici vengono regolarmente rimandati a casa, senza fornire loro la prescrizione richiesta. Incredibile quanto assurda (alla luce anche di alcuni recenti accordi che sarebbero stati stipulati fra il Commissario ed i sindacati dei medici) la motivazione. Manca l'anestesista. Contro il grave disservizio, oltre quella dei pazienti, si sono alzate fortissime le proteste di Marcello Doneddu, consigliere comunale e presidente della commissione comunale alla Sanità e di Giorgio Chiarelli, sindacalista della Cgil di Tempio e medico nell'unità operativa di Dialisi del Paolo Dettori. «Come presidente della commissione consiliare alla Sanità esprimo indignazione, perplessità e costernazione di fronte all'ennesima disfunzione relativa ai servizi sanitari del Paolo Dettori. Da alcuni giorni infatti, molti pazienti non possono essere sottoposti ai preventivati esami endoscopici per l'impossibilità di reperire in ospedale un anestesista. Questo fatto, di una sconcertante concretezza – scrive Doneddu – stride con le dichiarate buone intenzioni di un protocollo d'intesa firmato dal commissario dell'Asl di Olbia, dottor Teclème, con i sindacati di riferimento. Il suddetto protocollo prometteva la rotazione delle figure professionali di ambito medico per garantire la piena disponibilità del personale negli ospedali di riferimento. Questo avrebbe garantito, nell'ospedale al quale fa capo l'Alta Gallura, per esempio, una fase sperimentale di cardiologia H.24 il ripristino del parto analgesico e altri servizi ancora. Promesse vane di fronte all'evidenza dei fatti». «Per quanto mi compete – scrive Doneddu – invito il commissario a dare seguito agli accordi firmati con le parti e nell'immediato, a ripristinare l'attività relativa agli esami endoscopici. Resto, infine, a disposizione per un auspicato confronto che faccia chiarezza sulla reale qualità del Servizio Sanitario che si deve garantire a tutti i cittadini dell'alta Gallura attraverso il prossimo atto aziendale da predisporre nei prossimi sessanta giorni». Sulla stessa lunghezza d'onda anche l'intervento del medico Giorgio Chiarelli che a chiare lettere e con parole forti denuncia il disservizio e il non mantenimento dei patti. «Un altro chiaro segnale, dice Chiarelli per pensare seriamente ad un nuovo distretto che ci stacchi definitivamente da Olbia».

SASSARI Lesioni al neonato Il padre: «Assurdo usare la ventosa»

Davide adesso ha sette anni, ha problemi nel linguaggio, scrivere con grande difficoltà, è molto timido e chiuso in se stesso. E' migliorato molto in questi anni, e forse un giorno riuscirà a cancellare le conseguenze di quel che è accaduto la mattina in cui è venuto al mondo. Ieri, a ricordare tutto istante per istante, in un'aula del tribunale pietrificata nel silenzio, è stato il padre del bimbo. La prima immagine è quella di un futuro papà che indossa il camice verde, e che si appresta a vivere il momento più emozionante della sua vita. E' il 2008, ospedale Civile di Alghero, reparto di Ginecologia. «Quando sono entrato in sala travaglio mia moglie si

contorceva dal dolore. Soffriva così tanto che aveva gli occhi bianchi. L'ostetrica mi ha invitato a uscire». L'uomo attende nel corridoio. «Passavano i minuti ho cominciato a vedere uno strano movimento, il personale agitato. Chiedo informazioni ma nessuno mi diceva niente». Poi arrivano altri specialisti, anche da altri reparti, arriva l'anestesista. «Io insisto per sapere cosa stesse succedendo – dice il papà – e a un certo punto mi viene detto: la situazione è difficile, speriamo di farcela». E' un fulmine a ciel sereno. Il tempo si dilata a dismisura, i minuti, in quell'androne, diventano ore. «Quanto dura questa attesa?», chiede l'avvocato Elias Vacca, ma l'uomo non ne ha idea. La donna non aveva contrazioni adeguate e i medici somministrano l'ossitocina. Poi hanno provato col parto naturale, ma il bimbo è rimasto bloccato. A quel punto lo specialista ha provato ad estrarlo con una ventosa, prima di desistere e ripiegare con il taglio cesareo. Ma quell'arnese ha generato dei danni sul piccolo, evidenti sin da subito: «aveva un ematoma in testa impressionante – racconta il papà – perché non hanno fatto subito il cesareo?». Sotto accusa per lesioni colpose è finito l'allora primario di Ginecologia, Antonio Corda, che aveva la responsabilità dell'intervento.

L'UNIONE SARDA

REGIONE Salvatore Usala scrive al governatore: faremo lo sciopero della fame La dura protesta dei malati «Tagli folli ai fondi, non avete mantenuto gli impegni»

Non è un paese civile quello in cui i malati devono manifestare in piazza per richiamare la politica al rispetto degli impegni. Invece succede di nuovo, e la protesta contro la Giunta regionale che promette e non mantiene, che taglia le risorse per i disabili gravi e per i progetti di assistenza personalizzata, diventa un ultimatum. Salvatore Usala, affetto da Sla e presidente delle associazioni Comitato 16 novembre e Viva la vita, annuncia che dal 18 febbraio inizierà lo sciopero della fame. Le ragioni le spiega in una lettera aperta inviata ieri al presidente della Regione, Francesco Pigliaru e agli assessori al Bilancio e alla Sanità.

«Nonostante l'assessore Arru abbia firmato impegni precisi il 10 dicembre scorso, confermati dal presidente Pigliaru e dall'assessore Paci, venuti a casa mia, avete fatto solo una misera proroga della legge 162, tutto il resto l'avete eluso, ovvero peggiorato. Avete previsto in questa Finanziaria tagli folli, nonostante gli impegni scritti a non toccare un euro rispetto al 2014».

Usala è infuriato e amareggiato. Riassume bene una situazione drammatica: una riduzione alla spesa sanitaria che colpisce chi soffre e gli assistenti, che svolgono un'opera preziosa per le famiglie con i redditi più bassi. Mancheranno (se le cifre non vengono modificate velocemente) i soldi per i progetti ad hoc, e alcuni Comuni (come Cagliari e Capoterra) con i loro consiglieri, stanno già gridando allo scandalo. «Avete previsto nella Finanziaria 2015, in discussione ora in Commissione, ben 33

milioni di tagli sulla 162/98 e sul "Ritornare a casa"», continua la lettera. «Sono tagli ingenti, corrispondono al 27 per cento del totale, il che significa mettere in strada più di 3000 operatori. Una cosa da pazzi. Ma la cosa assurda» - prosegue Usala - «è che avete fatto tutto di nascosto, nonostante la promessa di concordare con noi, ci avete riempito di frottole, indegne delle istituzioni che rappresentate». La certificazione sta nell'emendamento dell'esecutivo alla manovra, «che prevede 166 milioni di finanziamento massimo per il fondo regionale della non autosufficienza, mentre ne erano previsti 202 dalla Finanziaria 2014 nel piano triennale. E tutto questo mentre una commissione di esperti nominata da voi sta riqualificando il sistema?». I malati chiedono: la correzione immediata dei fondi, «basta approvare gli emendamenti presentati dai consiglieri che vi appoggiano». Ancora: «Il 10 dicembre avete preso l'impegno di pagare il pregresso della 162, a distanza di due mesi nemmeno un euro è arrivato ai Comuni. Vogliamo una data certa di liquidazione». Poi: gli uffici «devono mandare le comunicazioni relative ai rinnovi; attendiamo la delibera del nuovo progetto per la 162 entro il 17 febbraio e quella per aggiornare la tabella sull'Isee, con un opportuno incremento dei valori». Senza tutto questo, il 18 febbraio inizierà il sit-in in via Roma.

OLBIA Asl Disturbi dell'alimentazione: un team specializzato

Sono 62 i pazienti seguiti dalla Asl di Olbia dal 2007 al 2014 con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare, patologia in continua crescita. Sono quasi tutte donne, in maggioranza giovani ma c'è anche una quota consistente di adulte. Nel 2013 è stato attivato un programma ambulatoriale dei disturbi del comportamento alimentare curato da un team di specialisti formato da diverse figure professionali: psicologo, assistente sociale, psichiatra, biologa nutrizionista, diabetologo nutrizionista, endocrinologo, internista e un infermiere. «Si prende in carico il paziente ma si formano anche i caregivers, i familiari che danno assistenza, e che costituiscono la figura più indicata per seguire questi pazienti all'interno del proprio ambiente», spiega il commissario Paolo Teclème. Talvolta però non è possibile: in questi anni la Asl ha attivato otto ingressi in comunità residenziali, strutture che ancora non esistono in Sardegna ma a cui l'assessorato regionale sta lavorando.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Nuovi Lea. Costeranno 415 mln in 2 anni. Lorenzin al Senato: "Un lavoro poderoso. Le Regioni non sprechino l'occasione e risparmino su altre voci di spesa. Non sulla sanità"

"Se invece decidono di rinunciare a 2 mld della sanità è una loro libera scelta, ma nessuno glielo ha imposto". Così il ministro della Salute in audizione sui nuovi Lea. "E' stato fatto un lavoro poderoso, si tratta di un'occasione unica per sbloccare

situazioni ferme ormai da 15 anni". Annunciata collaborazione con il ministro Poletti su integrazione assistenza socio-sanitaria

"Se le Regioni decidono di rinunciare a 2 mld è una loro libera scelta, ma nessuno glielo ha imposto. Si rendano però conto dello sforzo fatto per aumentare il Fondo sanitario e della gara contro il tempo che stiamo portando avanti per garantire sostenibilità al Ssn per i prossimi anni. La revisione dei Lea costerà 415 mln in 2 anni, mi sembra una cifra assolutamente sostenibile rispetto ai 950 mln inizialmente preventivati nel Patto per la salute. L'opportunità di fare un lavoro come questo, sbloccando questioni ferme da ormai 15 anni sarebbe un'occasione da non perdere e che non so se potrebbe più riproporsi. Le Regioni potrebbero reperire la cifra necessaria intervenendo su centri di costo che non siano quelli della salute". Questo il messaggio che il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha rivolto alle Regioni durante la sua audizione in commissione Igiene e Sanità del Senato nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn.

La prima parte dell'audizione di Lorenzin - che proseguirà tra circa dieci giorni - è stata tutta incentrata sulla presentazione dell'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. "L'aggiornamento dei Lea e del nomenclatore delle protesi è stato un lavoro poderoso - ha spiegato il ministro -. Abbiamo potuto rivedere al ribasso la cifra precedentemente individuata solo grazie ad un lavoro di compensazione: prendendo cioè atto che, da una parte alcune innovazioni erano già state inserite nel sistema da molte Regioni in questi anni, mentre dall'altra abbiamo proceduto ad eliminare quegli elementi che abbiamo ritenuto ormai obsoleti". Perché tutto questo funzioni, però - ha avvertito Lorenzin - sarà necessaria un'attenta opera di monitoraggio da parte le Regioni, soprattutto attraverso bandi e gare per le protesi. Altro elemento giudicato importante riguarda la previsione di un aggiornamento dei Lea che non avvenga più 'una tantum', ma attraverso un processo continuativo che permetta di rinnovarli con costanza, "facendo attenzione a mantenere un equilibrio tra costi e innovazione tecnologica".

L'intero lavoro si base su 3 documenti che si integrano tra loro: uno schema di Dpcm con 10 allegati relativi alle diverse aree assistenziali, un'intesa Stato-Regioni per le protesi e gli ausili monouso, e un documento sull'aggiornamento continuo dei Lea da condividere con Regioni.

Si parte dai servizi di prevenzione collettiva e sanità pubblica. Le principali novità riguardano l'introduzione di alcune vaccinazioni che al momento non sono garantite in tutto il territorio nazionale come quelle anti-meningococco, anti-pneumococco, anti-varicella e anti-Hpv.

Sono state poi introdotte nuove prestazioni, quali l'adroterapia, il laser per la degenerazione maculare senile, le indagini per la celiachia, ed altre ancora. Si è ribadito che la Procreazione medicalmente assistita sarà erogabile, sia per quanto riguarda la fecondazione omologa che per l'eterologa. Quanto alle diverse e ulteriori attività che la Pma eterologa richiede rispetto all'omologa, il provvedimento mira a includere tra i Lea l'attività di selezione dei donatori di cellule riproduttive e di prelievo, conservazione e distribuzione delle cellule stesse. E' dunque previsto, con riferimento esclusivo a queste attività, un contributo a carico delle coppie che usufruiscono della Pma eterologa, proprio in ragione della necessità di procedere a

ulteriori e diverse attività rispetto all'omologa. In questo senso si è ipotizzata l'introduzione di un ticket per la donazione di gameti alle coppie che si sottopongono a fecondazione eterologa che si dovrebbe aggirare attorno ai 250 euro a donatore, potrebbero però anche essere scelte altre soluzioni, come una tariffa massima nazionale.

Per quanto riguarda il nomenclatore per l'assistenza protesica sono state introdotte molte novità che comprendono diversi settori, dalla domotica ai sensori, fino ai comandi a distanza. Sono state rifatte da zero tutte le descrizioni dei singoli ausili, entrando nel dettaglio sia dei materiali che delle persone cui sono destinati. E' stato inoltre creato un percorso per tentare di andare incontro alle esigenze di personalizzazione delle protesi. "L'obiettivo - ha spiegato Lorenzin - è innanzitutto individuare 'chi fa che cosa', in modo da avere un controllo sulla qualità del processo del prodotto. Il 'su misura' si deve essere certi che si fa quando vi è la reale necessità che vada fatto. Nel mentre stiamo anche adeguando le tariffe, c'è una commissione che sta lavorando su questo, e siamo in attesa del contributo delle Regioni. Vorrei presentare entro luglio le nuove tariffe in parallelo al Dpcm, per questo si dovrà lavorare ad un ritmo sostenuto".

Nel documento è stata ridefinita anche tutta l'area dell'assistenza socio-sanitaria, inclusa la domiciliarità, i servizi territoriali, l'assistenza residenziale e quella semiresidenziale.

Infine, nel capitolo **malattie croniche** sono state introdotte 6 nuove patologie: endometriosi medio/grave, Bcpo (brancopneumopatia cronica ostruttiva) medio/grave, rene policistico autosomoci dominante, osteomielite cronica, malattie renali croniche, sindrome da talidomide.

"A breve - ha concluso il ministro - daremo il via ad un lavoro tecnico con il ministro Poletti per integrare l'assistenza sociale con quella sanitaria. Avremo così due moduli che si parlano tra loro, una soluzione che potrà portare anche cospicui risparmi a livello di sistema complessivo".

■ CHIAMPARINO REPLICA A LORENZIN: “Rinuncia ad incremento fondo sanitario non è scelta delle Regioni, ma decisione obbligata”

Nuovi Lea. Le Regioni: “Proposte condivisibili, ma resta il nodo delle risorse”

La proposta di Lorenzin piace agli assessori alla Sanità. Ma ci sono due cose da verificare: che i risparmi ipotizzati, grazie ai quali l'impatto sui servizi sanitari si limiterebbe a 415 milioni, siano effettivamente realizzabili e poi il problema più generale dei tagli della stabilità che rischiano di impattare negativamente anche sui nuovi Lea.

Il documento di revisione dei Lea presentato oggi dal Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** agli assessori regionali ha riscosso dei giudizi positivi da parte di quest'ultimi anche se la partita delle risorse è ancora tutta da giocare. Il Ministero della Salute ha predisposto una sua proposta che tra maggiori spese e risparmi

dovrebbe comportare un costo aggiuntivo per la sanità di 415 milioni di euro ([le prime indiscrezioni della settimana scorsa parlavano invece di 460 milioni](#)). Ma il punto è che i tagli previsti dalla Stabilità rischiano di rendere la strada complicata.

“Secondo me sarà molto difficile poter erogare i nuovi Lea se non aumentando ulteriormente le tasse. In ogni caso, il documento presentatoci dal Ministero sui Lea è un buon documento e lo valuteremo la prossima settimana in Commissione Salute della Conferenza delle Regioni”. È quanto ha affermato l’assessore alla Sanità del Veneto e coordinatore degli assessori alla sanità regionali, **Luca Coletto** al termine dell’incontro. “La revisione dei Lea va fatta – specifica - ed è scritto nel Patto. Ora le Regioni faranno la loro valutazione e poi ci sarà un nuovo incontro. Il Ministero ha messo sul piatto più di 400 milioni per la revisione dei Lea ma il problema non sono queste risorse, è il taglio dei 2 miliardi”. Per Coletto in ogni caso “con o senza la revisione dei Lea, se non ci saranno aumenti di tasse sarà difficile sopperire a questi 2 miliardi di tagli”. Proprio sui tagli della Stabilità Coletto ha specificato che “non è ancora stata definita la data per la conferenza Stato-Regioni per dare l’intesa sui tagli alla stabilità”.

Più cauto il l’assessore alla Sanità della Lombardia, **Mario Mantovani**: “Siamo d’accordo sulla revisione dei Lea e faremo un incontro tra le regioni e daremo risposta al ministro. I Lea devono essere rivisti e la soluzione economica la troveremo”.

“Il nostro atteggiamento non è negativo – ha dichiarato l’assessore alla sanità della Liguria, **Claudio Montaldo** – ma bisogna trovare gli strumenti di governo della spesa che ci consentano la revisione e su questo bisogna lavorare insieme al Governo”. In ogni caso i tempi per una completa revisione e attuazione sono ancora lunghi: “Ci vorranno almeno un paio d’anni” Montaldo ha parlato poi anche dei tagli della legge di Stabilità e ha ricordato come la proposta delle Regioni di rinunciare all’aumento di 2 mld del fondo sanitario 2015 “è inesorabile altrimenti le Regioni chiudono”.

Per l’assessore toscano **Luigi Marroni**, l’impianto presentato oggi da Lorenzin funziona e ce lo ha riassunto così: "Da un lato si prevedono nuove prestazioni nei vari settori, dalle vaccinazioni, alle protesi e ausili e altre tecniche innovative di intervento con le relative stime di impatto economico sui servizi sanitari regionali. Dall'altro si prende giustamente atto del fatto che molte di queste cose sono già in realtà attive in molte Regioni con la conseguenza di una riduzione notevole dell'impatto. Infine si introducono azioni e metodologie per l'appropriatezza che dovrebbero comportare ulteriori risparmi e un'ulteriore riduzione dell'impatto dei nuovi Lea".

Fin qui tutto bene ma, avverte Marroni, "al momento non ci sono state fornite informazioni dettagliate su ogni intervento ipotizzato e inoltre dobbiamo aver modo di poter eseguire le verifiche in ogni regione in base a ciò che effettivamente già eroghiamo, per stimare un impatto reale dei nuovi Lea in ogni singola realtà". "Per questo abbiamo chiesto al ministero di avere un documento dettagliato che ci consenta di effettuare le nostre analisi, dopodiché formuleremo il nostro parere".

Su una cosa però Regioni e Ministero sembrano essere d'accordo fin d'ora. "Da adesso in poi, ci ha detto Marroni, abbiamo convenuto con il Governo che i Lea diventeranno uno strumento molto più agile e dinamico soggetto a integrazioni e modifiche costanti, senza far passare anni da un aggiornamento all'altro per poter

contare su un paniere sempre aggiornato e al passo coi bisogni di salute dei cittadini".

Scuole specializzazione. Anche Lorenzin firma il decreto. Un anno in meno per un terzo dei corsi. *Il testo del provvedimento*

Dopo il Ministro dell'Istruzione oggi anche il Ministro della Salute ha controfirmato il decreto di riordino delle scuole di specializzazione di Medicina. Previsto anche l'accorpamento di 5 scuole e la soppressione di quelle di Medicina aeronautica e spaziale e di Odontoiatria clinica generale. In tutto restano 55 specializzazioni. [IL TESTO DEL DECRETO](#).

Il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha controfirmato ieri il decreto di riordino delle Scuole di specializzazione di Medicina già firmato [nei giorni scorsi](#) dal Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca **Stefania Giannini**.

“Il provvedimento – si legge in una nota del Ministero della Salute - diminuisce mediamente di un anno la durata dei percorsi di studio nelle scuole di specializzazione, rendendo più aderente la normativa italiana a quella stabilita in ambito comunitario. Questo consentirà ai giovani medici di fare prima il loro ingresso nel mondo del lavoro, rendendoli, al contempo, più competitivi all'interno dei Paesi dell'Unione europea”.

“Tale riduzione – si evidenzia - riguarda circa un terzo delle scuole di specializzazione sulle 55 restanti dopo il previsto accorpamento di 5 scuole e la soppressione di quelle di Medicina aeronautica e spaziale e di Odontoiatria clinica generale”.

Il Decreto prevede, tra l'altro, “per la scuola di specializzazione in chirurgia generale e per quella in neurochirurgia un percorso di studi della durata di 5 anni a fronte dei 6 anni fino ad oggi previsti. Il provvedimento valorizza ancora di più, rispetto al passato, l'obiettivo professionalizzante delle scuole di specializzazione; infatti prevede che almeno il 70% della formazione dovrà essere dedicato allo svolgimento di attività pratiche e che le stesse potranno essere espletate non solo nelle università, ma anche nei presidi ospedalieri e nelle strutture territoriali del Servizio sanitario”.

Mobilità. Troise (Anaa): “La legge blocca le risorse professionali. Gli ospedali non devono essere un carcere a vita”

Il blocco, di fatto, della mobilità volontaria introdotto dalla legge sulla semplificazione amministrativa impedisce il miglioramento professionale. Basterebbe ribadire che la norma non si applica, in virtù della specificità del lavoro svolto, ai dipendenti del Ssn o salvaguardare l'autonomia di contratti di lavoro da tempo privatizzati.

“Siamo all'immobilismo nell'allocazione delle risorse professionali all'interno del

sistema sanitario pubblico con situazioni potenzialmente discriminatorie. Gli ospedali non devono essere un carcere a vita”.

Anche i medici dell'Anaa Assomed, come già nei giorni scorsi gli infermieri del Nursind, puntano i riflettori sui guasti derivanti dal blocco della mobilità volontaria che si è di fatto determinato con il Decreto sulla PA (legge 114 del 2014) che ha previsto il nulla osta delle aziende di provenienza per far scattare la mobilità del personale.

“Il metodo ormai usuale dell'invasione legislativa nella contrattazione – ha commentato **Costantino Troise**, segretario nazionale dell'Anaa Assomed – ha provocato un immobilismo nella allocazione delle risorse professionali all'interno del sistema sanitario pubblico con situazioni potenzialmente discriminatorie, laddove si prevede, per la mobilità volontaria, in assenza di qualsiasi graduatoria anche decennale, anche l'obbligo per l'amministrazione di provenienza di dare il proprio assenso, basandosi su un criterio di dubbia sovrannumerarietà organica. Come si può ben immaginare, l'attuale carenza cronica di personale che affligge tutte le aziende sanitarie e tutte le strutture ospedaliere difficilmente pone in essere situazioni di esubero”.

Questa situazione paradossale è da tempo all'attenzione dell'Anaa Assomed, che ha proposto emendamenti di modifica sia nella legge di stabilità 2015, dove sono stati giudicati non ammissibili per il loro carattere ordinamentale, mentre senza problemi di questo tipo, ricorda il sindacato, è passato il comma 566, sia nella legge delega sulla riforma della pubblica Amministrazione attualmente in discussione al Senato.

La soluzione. “Basterebbe semplicemente ribadire – ha quindi spiegato Troise – che la norma non si applica, in virtù della specificità del lavoro svolto, ai dipendenti del Ssn o salvaguardare l'autonomia di contratti di lavoro da tempo privatizzati.

L'articolo 20 del Ccnl 1998-2001 prevede infatti, per quanto riguarda la Dirigenza medica e sanitaria del Ssn, che per l'accettazione della domanda del dirigente che abbia superato il periodo di prova, occorra l'assenso dell'azienda di destinazione, in presenza della relativa vacanza di organico e nel rispetto dell'area e disciplina di appartenenza, mentre “Il nulla osta dell'azienda o ente di appartenenza, qualora non venga concesso entro dieci giorni dalla richiesta, è sostituito dal preavviso di tre mesi”.

La mobilità delle risorse professionali, sottolinea Troise, è considerata in tutta Europa elemento fondamentale per migliorare le loro capacità e le loro competenze: “Il sistema sanitario pubblico non può diventare un carcere a vita, con fine pena mai, per quei pochi fortunati che oggi riescono a trovare un posto di ruolo e per i tanti che hanno volontà o necessità di diverse esperienze professionali. Auspichiamo – ha quindi aggiunto Troise – che il Governo ed il Parlamento abbiano la sensibilità di comprendere che la sostenibilità di un servizio sanitario pubblico e nazionale passa anche per il rispetto dei tempi di vita e delle esigenze di formazione di quei professionisti che oggi garantiscono una parte rilevante della sua tenuta”.

Pillola dei 5 giorni dopo. Melis: “È un farmaco sicuro. Ridicoli obbligo di prescrizione e test gravidanza”

È quanto ha dichiarato all'Adnkronos Salute il ginecologo, membro Sigo e Sic. Nell'attesa che l'Italia prenda posizione in merito alla vendita del farmaco in farmacia senza ricetta medica, come deciso dalla [Commissione europea](#), nel resto d'Europa su 8 paesi che avevano espresso contrarietà 5 si stanno adeguando

Sarebbe “ridicolo” mantenere l’obbligo di prescrizione medica in Italia per poter accedere alla Pillola dei cinque giorni dopo.

Non ha dubbi **Gian Benedetto Melis**, ordinario di Ginecologia e ostetricia all’università di Cagliari e membro della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) e della Società italiana di contraccezione: il farmaco è sicuro, non ha effetto collaterali, e quindi non ci sono ragioni per non adeguarsi a quanto deciso dalla Commissione Europea che ha dato semaforo verde alla vendita di ellaOne* senza la necessità di presentare la ricetta medica.

Una posizione la sua che “si basa, su dati scientifici e non su opinioni personali” ha dichiarato all'Adnkronos Salute. “Non credo che ci sia bisogno di discutere sull’effetto di questi farmaci, che sono contraccettivi e bloccano l’ovulazione – ha detto all’agenzia di stampa – qualunque discorso legato all’abortività non ha alcun senso. Basta conoscere la letteratura e il meccanismo d’azione di questi medicinali per capire che l’aborto non c’entra. Una volta ribadito questo, si può dire che questo prodotto è il più sicuro che ci sia perché a dosaggio unico, da assumere solo in certe circostanze e con effetti collaterali ormai ben definiti e quasi totalmente inesistenti. La ricetta medica non può essere il mezzo per evitare effetti collaterali, dato che non ci sono. È un medicinale innocuo”.

“Dal punto di vista tecnico – ha poi ribadito Melis – non ci sono ragioni, quindi, per mantenere un ridicolo obbligo di prescrizione, si perde solo tempo e si finisce per assumere la pillola molto più in ritardo. Dato che si parla di contraccezione d’emergenza, l’unico modo per vendere questo farmaco e garantirne la massima efficacia, considerando la sua innocuità, è senza ricetta”.

Soprattutto, Melis è convinto che occorra dare fiducia agli italiani: “La pillola dei 5 giorni dopo non si prende per facilitare una vita dissoluta o per coprire l’esigenza di avere rapporti continui con persone diverse. I giovani e gli adulti italiani sanno bene che possono usare questi contraccettivi solo in determinate e limitate occasioni, il prima possibile”.

Sull’obbligo di test di gravidanza, che per ora rimane nel nostro Paese oltre a quello di prescrizione medica, Melis è ancora più duro: “è un’idiozia, non si fa in nessun altro Paese. Una cosa ridicola per chi l’ha pensata e per chi continua a sostenerla. Il test di gravidanza è un sistema che può essere impiegato solo se c’è un ritardo del ciclo di alcuni giorni, ma non certo per usare questa pillola”.

Il quadro europeo. Comunque, in Italia non si è ancora sciolto il nodo sulla possibilità che il farmaco possa essere venduto in farmacia senza ricetta medica in linea con la normativa europea. L’Aifa si pronuncerà solo dopo che il Consiglio superiore di sanità avrà espresso il suo parere in merito.

Intanto nel resto d’Europa i Paesi stanno prendendo posizione. Degli otto Paesi (Germania, Polonia, Lituania, Grecia, Croazia, Ungheria, Malta e Italia) su ventotto che si erano opposti alla cancellazione della ricetta medica 5 si stanno adeguando alla

decisione europea (Germania, Polonia, Lituania, Grecia, Croazia). Rimangono fuori tre Paesi: Ungheria, Malta e, appunto, l'Italia.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

WORLD CANCER DAY/ Cipomo: «Troppi pazienti non fanno gli esami giusti, al momento giusto»

«Si può fare ancora molto per ridurre la mortalità evitabile e rendere più umano ed etico l'approccio alle cure», ha dichiarato il presidente Cipomo (Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri) Gianpiero Fasola in occasione della Giornata Mondiale Contro il Cancro.

«Troppi pazienti rischiano di non fare gli esami giusti al momento giusto e nel centro adatto; spesso le sequenze diagnostiche dal sospetto alla diagnosi di cancro sono lunghe e affidate alla buona volontà di singoli professionisti se non addirittura alla ricerca di pazienti e familiari». Organizzare in tutte le Regioni italiane Reti oncologiche e Percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali "ingegnerizzati" può far viaggiare più rapidamente le conoscenze, muovere i medici tra i diversi centri per assicurare le migliori competenze, spostare i pazienti solo quando necessario. Il Gruppo di lavoro nazionale promosso da Cipomo, assieme ad Aiom e Agenas, sta lavorando ad una specifica proposta. Attualmente esistono troppe differenze nell'organizzazione tra le Regioni e la misurazione di qualità ed esiti non è ancora diffusa. Il Corso "Oncology Management Fast Track" poi, partnership tra CIPOMO e l'Università Bocconi di Milano, sta formando i Primari del futuro. Giovani emergenti dell'oncologia italiana, noti per capacità professionali e di ricerca, stanno acquisendo le competenze che servono a guidare le Strutture, i Gruppi per patologia e i percorsi dei pazienti nelle Reti del futuro.

Sul piano etico e dell'umanizzazione è necessario cambiare approccio. I nuovi farmaci (anche molto costosi) quando garantiscono un alto valore in termini di prolungamento e qualità della vita (e a volte anche di guarigione) devono avere un accesso accelerato alla pratica clinica. Dobbiamo evitare che arrivino in Italia con un anno di ritardo rispetto ad altri Paesi europei, costringendo i pazienti ad emigrare o pagare per cure potenzialmente salvavita. Al tempo stesso – lo ribadiamo in questa occasione- serve una nuova etica nelle relazioni tra Istituzioni, professionisti, associazioni dei pazienti e Industria.

E' indispensabile evitare che ingenti risorse siano destinate a farmaci di incerta efficacia o con un rapporto tra il beneficio (talora minimo) ed i costi che metta a rischio la sostenibilità delle cure per altri pazienti.

Comunicare con empatia e onestà ai pazienti la loro situazione clinica e integrare meglio le cure palliative potrebbe evitare molti trattamenti futili.

Anche i rapporti tra dirigenti del Servizio Sanitario e aziende del farmaco richiedono una riflessione etica e forse un adeguamento normativo. Possono esporci inconsapevolmente al rischio di non cogliere in pieno i nostri doveri: verso il paziente che abbiamo di fronte ma anche verso la Società, che ci affida grandi responsabilità.

Le Istituzioni di Governo e le Regioni da ultimo devono considerare che l'Oncologia sarà sempre più centrale nel Sistema sanitario del futuro. Siamo favorevoli a modernizzare l'organizzazione, costruire Gruppi multidisciplinari strutturati o Unità per patologia nell'ambito delle nuove Reti oncologiche, e a favorire la concentrazione delle competenze quando sia utile. Alcune semplificazioni alle quali assistiamo però, con la cancellazione della autonomia organizzativa delle Unità di Oncologia, rischiano di far retrocedere l'organizzazione agli anni '60. CIPOMO è convinto che lavorando su questi temi assieme ai pazienti ed alle istituzioni si possano fare nei prossimi mesi molti passi avanti nella cura del cancro.", conclude Fasola

DOCTOR 33. IT

Medico competente, crescono i contenziosi. L'esperto: troppe visite e non per ridurre i rischi

Il futuro dei circa 8 mila medici competenti italiani non è fatto tanto di sorveglianza sui lavoratori e visite di idoneità quanto di sopralluoghi sul posto di lavoro e di valutazione dei rischi nonché di studio di misure di contrasto e riduzione. E' la posizione emergente in questa disciplina composta da specialisti in medicina del lavoro o in igiene o che hanno praticato per 4 anni l'attività prima del 1991, anno in cui la specialità è diventata un "must". Ad esprimerla non è un'associazione ma il Servizio di Prevenzione Salute Ambienti di lavoro di Milano-Psal, cui afferiscono ben 1200 medici competenti - o medici del lavoro - assurto un po' ad antenna sulle condizioni dei lavoratori, visto che si occupa ormai giornalmente di assistenza preventiva e vigilanza, tra l'altro, nei cantieri Expo sui grandi rischi d'infortunio (cadute dall'alto, uso utensili ed impianti elettrici) sull'esposizione a polveri e sulle precauzioni in ambienti privi d'aria (cunicoli, camerette della rete elettrica). Nel 2014 il Psal milanese ha registrato una nuova crescita dei contenziosi a seguito di giudizi di idoneità del medico competente. L'azienda ha dubbi sull'idoneità di un lavoratore, fa fare la visita, il medico valuta l'inidoneità o un'idoneità parziale e il lavoratore ricorre per tutelare il lavoro. E' il caso più frequente. A Milano dal 2004 al 2012 è nata dai lavoratori "a rischio" per i quali è predisposta la sorveglianza sanitaria la quasi totalità dei 689 ricorsi all'Asl contro giudizi di idoneità del medico competente. I contenziosi erano un'ottantina l'anno in media ma nel 2012 crebbero a 120 e si sono mantenuti oltre il centinaio anche in questi anni. «Il trend è in relativa crescita e purtroppo ci sono anche casi in cui il titolare chiede erroneamente il giudizio d'idoneità alla mansione anche su lavoratori non a rischio - spiega Battista Magna del Psal milanese - ma su un volume di 238 mila visite annue la crescita dei contenziosi è relativamente meno interessante di un altro aspetto: l'impatto abnorme di queste visite nel quotidiano del medico competente. Se ne fanno anche troppe (i media riportano del "supermedico" da 28 visite giornaliere, ma potrebbe trattarsi di un coordinatore di più medici, ndr) quando invece, anziché sullo stato di salute del lavoratore, il rischio andrebbe verificato sul luogo di lavoro». I dati Asl Milano dicono che la maggior parte dei contenziosi è nei servizi: alle Poste, nella Pa (sanità e comuni, specie la vigilanza) e nella grande

distribuzione alimentare. E che sui giudizi di idoneità il Psal in tre quarti dei casi cambia posizione, non di rado in modo più favorevole al lavoratore. «In tempi di crisi - riassume Susanna Cantoni Direttore del Dipartimento di Prevenzione Medico dell'Asl- la "non idoneità" è uno dei sistemi utilizzati dalle aziende per tagliare la forza lavoro. Il non idoneo sta tra il normale e il disabile, ma gli ultimi due sulla carta sono tutelati da un'intelaiatura normativa.

Solo nel caso il non idoneo abbia contratto una malattia professionale in azienda, la legge impone una soluzione "ove possibile". Se c'è il rischio che un lavoratore non sia più idoneo a certe mansioni - prosegue Cantoni - bisognerebbe chiedere all'azienda in prima battuta di trovare soluzioni ed ausili per avvicinare il lavoro alla persona. Ove non vi siano, si deve comunque tentare di conservare il posto di lavoro magari limitando le mansioni. E' la riflessione che l'Asl mira a stimolare quando, a fronte di giudizi di non idoneità da parte di medici competenti, rilascia un'idoneità limitata ad alcune operazioni».

Pubblicità. Una nota Fnom fa chiarezza: possibile indicare specialità anche senza titoli

In ambito sanitario è possibile pubblicizzare la specialità praticata pur non avendone i titoli? La risposta sembrerebbe affermativa come contribuisce a chiarire una nota sul tema inviata dal presidente Fnomceo **Amedeo Bianco** a tutti i presidenti Omceo e Cao. Nella nota Bianco sottolinea come "il sanitario che non possiede il titolo di specializzazione potrà utilizzare, ai fini della pubblicità dell'informazione sanitaria, ad esempio, la dicitura di "Geriatra" o di "Geriatra" qualora abbia svolto effettivamente l'attività che intende pubblicizzare e abbia fornito ampia documentazione sulle sue competenze nella disciplina di cui trattasi, ma non potrà utilizzare la dicitura "Specialista in Geriatria" in quanto non in possesso del titolo di specializzazione". Tocca poi all'Ordine, spiega Bianco nella nota "valutare se, nel caso di specie, il medico effettivamente abbia svolto l'attività che intende pubblicizzare e, qualora lo ritenesse necessario, chiedere ulteriore documentazione comprovante la specifica competenza". LA nota della Fnomceo quali sono i tre punti fondamentali citati nel "Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali" in tema di pubblicità:

1) È ammessa con ogni mezzo la pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione, la struttura dello studio professionale e i compensi richiesti per le prestazioni.

2) La pubblicità informativa di cui al comma 1 dev'essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non dev'essere equivoca, ingannevole o denigratoria.

3) La violazione della disposizione di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare, oltre a integrare una violazione delle disposizioni di cui ai decreti legislativi 6 settembre 2005, n. 206, e 2 agosto 2007, n.145.

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584