



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sull'anemia mediterranea successo della terapia genica

Niente più trasfusioni di sangue per i malati di beta talassemia. Grazie alla terapia genica e a un auto-trapianto di cellule staminali, 22 persone hanno potuto eliminarne o ridurne molto la frequenza. Il risultato, descritto sul «New England journal of medicine» dai ricercatori del Brigham and Women's Hospital di Boston, segna una svolta perché è la prima volta che la terapia genica viene provata su un numero così vasto di malati, e ora può quindi uscire dalla fase sperimentale diventando clinica.

La beta talassemia – o anemia mediterranea – è una malattia genetica che impedisce al corpo di produrre un componente chiave dell'emoglobina, proteina fondamentale dei globuli rossi del sangue, e nelle forme più gravi costringe già dall'infanzia a subire trasfusioni mensili di sangue e trattamenti per rimuovere il ferro che si accumula nell'organismo. In questo studio sono stati coinvolti 6 diversi centri distribuiti tra Stati Uniti, Francia, Thailandia e Australia. I ricercatori – tra loro l'italiana Marina Cavazzana Calvo, dell'Università di Parigi-Descartes – hanno sperimentato la terapia su 22 malati tra i 12 e 35 anni. Di questi, 15 non hanno più avuto bisogno delle trasfusioni, mentre per gli altri la loro frequenza si è ridotta del 73%. Sono state usate le cellule staminali degli stessi malati, precedentemente trattate in laboratorio con un lentivirus, un virus "addomesticato" per trasportare e sostituire il gene difettoso responsabile della malattia. «In questo modo ha potuto trasportare la betaglobina, che è la proteina che veicola l'ossigeno nei vari tessuti», spiega Cavazzana, che ha lavorato su 4 giovani pazienti presso l'ospedale pediatrico Necker di Parigi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Per la riabilitazione cognitiva cresce l'efficacia nelle demenze»

Segnali incoraggianti per il trattamento di persone affette da Alzheimer nella fase iniziale della malattia vengono da alcune procedure di riabilitazione cognitiva associate a stimolazione elettromagnetica del cervello. Di questo interessante e promettente tema parlerà Paolo Maria Rossini, ordinario di Neurologia all'Università Cattolica e direttore dell'Area neuroscienze della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli di Roma al XIII congresso nazionale Sindem, l'associazione specialistica per le demenze, a Firenze da oggi a sabato. «A oggi – spiega Rossini in una nota del Gemelli – sappiamo che la malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza. Le forme iniziali sono segnali da tenere in considerazione per una diagnosi precoce della malattia. Accanto ad alcuni trattamenti farmacologici stiamo sperimentando anche procedure di riabilitazione cognitiva attraverso esercizi specifici e l'associazione con metodi di stimolazione elettromagnetica non invasiva del cervello: il metodo NeuroAd: cinque giorni a settimana per sei settimane. A sei mesi i soggetti in cura sono in una situazione migliore rispetto ai pazienti sottoposti a stimolazione placebo».

© FARMACIA VERBA

I primi esperimenti a Genova, Roma, Verona, Torino e Bologna

I drogati di smartphone in cura al Sert come i tossici

*Un pool di esperti e corsi appositi salvano dalla dipendenza da chat, like e notifiche
Una vera schiavitù perché causa interferenze nella produzione di dopamina*

■ ■ ■ MARCO BARDESONO

■ ■ ■ Crisi di panico, dolori al torace, difficoltà respiratorie, nausea e vertigini. Sono i sintomi più frequenti e comuni che colpiscono i "drogati di smartphone". Un terzo della popolazione studentesca potrebbe essere a rischio. L'emergenza è tale che il Sert dell'Asl3 di Genova ha organizzato "Incomincio da 3", un corso per genitori e malati adolescenti vittime di like, notifiche, post, chat e di tutti i tranelli nei quali si può cadere usando in maniera eccessiva i telefonini. Per partecipare bisogna fare la coda: «Per ora si sono iscritti molti genitori preoccupati, mentre i figli ancora latitano». Non solo a Genova, ma anche a Roma, Verona, Torino e Bologna sono in fase d'avvio progetti che hanno lo scopo di riconoscere i sintomi della malattia e poter guarire dalla "nomofobia", cioè dal terrore di rimanere improvvisamente scollegati dalla rete, come naufraghi su un'isola deserta. La "sindrome di Hikikomori" (il termine giapponese significa isolarsi) è una dipendenza che conduce a vivere in un mondo virtuale non riconoscendo più quello reale.

NERVOSI E STRESSATI

Per David Greenfield, docente di psichiatria all'Università del Connecticut, «l'attaccamento allo smartphone è molto simile alle altre dipendenze, perché causa interferenze nel-

la produzione della dopamina», il neurotrasmettitore che regola la ricompensa e che incoraggia le persone a svolgere attività che possano offrire piacere. I ragazzi sarebbero incapaci di raggiungere una vera gratificazione nelle relazioni, perché chiusi nel mondo filtrato dei social. Uno studio dell'Università ungherese Lorand Eotvos mostra come i giovani privati del telefonino diventano nervosi e manifestino continui segni di stress. «Gli ultimi dati - spiega Giorgio Schiappacasse, direttore del Sert che ha organizzato i corsi nel capoluogo ligure - mostrano una predominanza delle dipendenze da Internet e dai social, superata solo dal consumo di hashish. Non ci sarebbe nulla di male se questi strumenti aiutassero ad affrontare la realtà, ma spesso e oltre certi limiti, diventano pericolosi». Attraverso l'uso delle nuove tecnologie i ragazzi si sottraggono al confronto reale, quello fra loro, ma anche con la società; si chiudono in un mondo che non esiste (quello dei social) e si isolano.

«A prima vista sembra tutto molto comodo - aggiunge Mara Donatella Fiaschi, vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi della Liguria -, i social permettono di avere contatti con tutto il mondo, ma sono relazioni parziali. Non dico che non possono avere un loro valore, ma non sostituiscono quelle vere». I primi ad accorgersi dei rischi da overdose di smartphone, sono stati i giapponesi che, analizzando i ritiri di studenti dalle scuole, hanno scoperto che molti ragazzi lasciavano gli studi per evitare contatti con compagni e prof.

I "NO" CHE AIUTANO

Un problema che colpisce giovani e giovanissimi, che già devono fare i conti con le crisi dell'adolescenza, un periodo della crescita nel corso del quale emergono altri comportamenti: dalle uscite serali già a 12 e 13 anni, alla ricerca di prestazioni estreme nello sport e nel sesso. «Tutto viene precocizzato - continua Schiappacasse - perché c'è un mercato che spinge a non rispettare i tempi della natura. I giovani vogliono tutto e subito». Alla base c'è uno stile educativo fondato sull'assenza di regole. «Si bruciano le tappe evolutive, i bimbi crescono troppo in fretta - sottolinea Cristiana Busso, psicologa del Sert di Genova Quarto - e un altro aspetto di questa tendenza è la sessualizzazione precoce, con bambine truccate o portate dall'estetista prima di una festa come fossero adulte e bambini introdotti troppo presto in un mondo, quello del web, dove non ci sono filtri». Che fare? I genitori si sentono impotenti e sopraffatti dai sensi di colpa, incapaci di dialogare con i figli e alla fine di parlare serenamente anche tra loro. Per i rimedi ci sono gli psicologi, ma l'aspetto determinante riguarda la prevenzione: «Poche regole, ma molto chiare e rigorose - suggeriscono al Sert -. Non si tratta di sequestrare il cellulare, ma di concederlo per poco tempo e di fronte a necessità concrete. E poi i figli vanno premiati quando se lo meritano, altrimenti vanno puniti. I genitori devono tornare a dire di no ai capricci. E molto spesso i no costano più fatica di facili concessioni».

NUMERI**LA RICERCA**

Dalla ricerca europea "The Net Children Go Mobile" è risultato che il 46% dei ragazzi tra i 9 e i 16 anni possiede uno smartphone, il 20% un tablet e il 23% dei ragazzi usa queste apparecchiature digitali per stare online ogni giorno

I COMPORAMENTI

Il 72% dei ragazzi ha detto che da quando ha il cellulare sente il peso di dover essere disponibile con la famiglia e gli amici. E la metà ha dichiarato di avvertire la "forte necessità" di controllare di frequente lo smartphone per vedere se c'è qualcosa di nuovo. E il 38% di sentirsi molto o abbastanza infastidito quando non poteva usare il telefono. Questi atteggiamenti sono sintomi di dipendenza dal digitale

I CONSIGLI

Gli psicologi consigliano di dare regole chiare sulla modalità di utilizzo e di preferire le carte prepagate agli abbonamenti illimitati

Tumori, la sfida della prevenzione e della ricerca

La prevenzione dei tumori, sulla quale oggi si punta con grande impegno insieme a una ricerca intensiva su come fronteggiare e sconfiggere il male di tutti i secoli, si intreccia con gli stili di vita e di alimentazione dei singoli, senza trascurare, anzi ponendoli in primo piano, i fattori genetici. Si tratta di un percorso scientifico multidisciplinare di indagine ad alto livello che ha prodotto importanti risultati nella conoscenza per la prevenzione e la cura dei tumori, per molti dei quali si è giunti, grazie anche al miglioramento delle strategie terapeutiche a una significativa riduzione della mortalità, fino al traguardo di guari-

gioni fino a pochi anni fa addirittura impensabili. «Sapere su genetica, stili di vita e prevenzione dei tumori» sarà il tema al centro del quarto incontro pubblico di «Donne che sanno», il ciclo di sei eventi su salute, prevenzione e stili di vita promosso da «Fondo Mario e Paola Condorelli» e da «L'Altra Napoli» e che si terrà oggi alle 16 presso la Società Napoletana Storia Patria, al Maschio Angioino. Tra i protagonisti il professor Elio Riboli, uno degli epidemiologi più importanti al mondo sul tema delle malattie tumorali, direttore della Scuola di Sanità Pubblica e docente di Epidemiologia del Cancro presso l'Imperial College di Londra.



Dislessia, in Campania è sconosciuta

LA SCUOLA**Marco Esposito**

La dislessia, il demone bianco, non dimora in Campania. La regione è al penultimo posto per i disturbi specifici di apprendimento: dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia sono disturbi certificati in meno di un alunno ogni cento, mentre nel Lazio sono quattro volte di più e in Lombardia cinque volte di più. Possibile che i bambini e i ragazzi campani nelle scuole elementari, medie e superiori siano esenti o quasi dai disturbi nella lettura, nella scrittura, nella grafia o nelle abilità di calcolo?

Il ministero dell'Istruzione ha appena diffuso il focus sui Dsa con i dati dell'anno scolastico scorso, il 2016/2017, con 255mila alunni per i quali è stata certificata almeno una delle disabilità. In media sono il 2,9% del totale degli iscritti dall'infanzia alle superiori, ma quella media vede il 4,5% in Piemonte e Lombardia contro lo 0,7% della Calabria e lo 0,9% della Campania. Differenze molto forti, tali da meritare una spiegazione. Solo che il Miur nel focus non fornisce alcuna ipotesi ma si limita a stupirsi: «Colpisce - si legge nel report - come per le regioni meridionali tale percentuale sia nettamente più contenuta».

La dislessia, il più comune dei disturbi di apprendimento, è nota da tempo; tuttavia in Italia soltanto dal 2010 ci si è impegnati davvero ad attrezzare il sistema scolastico a identificare tali disturbi con l'ausilio del sistema sanitario, indicando agli insegnanti specifici suggerimenti per consentire a tali studenti, i quali sono dotati di un'intelligenza normale, di non essere svantaggiati nell'apprendimento. Nel 2010/2011 gli alunni con Dsa riconosciuta in Italia erano appena lo 0,7% del totale degli iscritti (quindi una percentuale inferiore a quella della Campania attuale) con la nostra regione un po' sotto la media a quota 0,4%. Con la legge 170/2010 ci si è impegnati a identificare i Dsa e a

formare i docenti per dare una risposta specifica a questi ragazzi, per esempio esonerandoli da alcune prove o prevedendo strumenti di sussidio, come la possibilità di usare la calcolatrice per la discalculia. La Campania si è attrezzata nel 2013 con uno specifico piano d'azione che prevedeva, in particolare, la possibilità di ottenere la certificazione in modo gratuito e con richiesta diretta, quindi senza neppure bisogno del certificato medico. Tale piano prevedeva interventi di recupero al di fuori del percorso scolastico. L'obiettivo era intercettare tutti gli alunni con disturbi nell'apprendimento, stimati in una quota tra il 2,5 e il 3,5%. Qualcosa nel piano, però, non ha funzionato perché la Campania è ancora allo 0,9% mentre in quasi tutte le altre regioni italiane il percorso per intercettare i Dsa può dirsi compiuto.

Cos'è accaduto in Campania? Per provare a capirlo partiamo da un istituto comprensivo di elementari e medie che opera in un'area delicata, l'83 di Ponticelli. «Su 700 alunni - racconta la dirigente scolastica Colomba Punzo - ho tre certificazioni Dsa, di cui una proveniente da un'Asl del Nord». 3 su 700 fa 0,4% ovvero il livello al quale era in media la Campania nel 2010. «I tempi per la certificazione in passato erano lunghi, anche sei mesi per la prima visita, ora la situazione è migliorata. Ma devo dire che molto difficilmente i casi che segnaliamo ricevono la certificazione Dsa. Le famiglie, del resto, nel nostro territorio non sono molto attente a una diagnosi di Dsa, forse perché non porta un sostegno economico né un insegnante di sostegno per l'alunno».

Solo da quest'anno, in effetti, le spese per un bambino con la certificazione della legge 170 possono essere scaricate dall'Irpef nella misura del 19%; invece nel caso in cui venga certificato un handicap (legge 104) la famiglia riceve un assegno di 280 euro al mese. «I porta-

tori di handicap nella mia scuola sono quasi 60 su 700», osserva la Punzo.

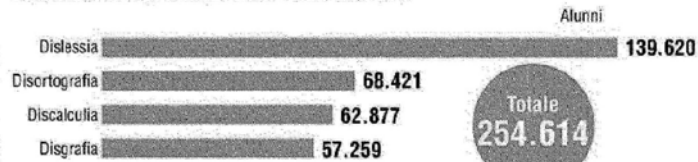
La prima spiegazione, quindi, potrebbe risiedere nel fatto che si certifica come disabilità da legge 104 un disturbo di apprendimento. Tuttavia in numeri del Miur non confermano tale ipotesi perché gli alunni portatori di handicap in Campania sono il 3,2% alla primaria contro il 3,3% nazionale e il 3,8% alle secondarie di primo grado contro il 4% nazionale.

All'Asl Napoli 1 si conferma che il problema dei ritardi nelle diagnosi si è risolto, dopo una situazione particolarmente grave a Secondigliano, dove l'anno scorso si attendevano anche otto mesi per la prima visita. Ma si afferma anche che le richieste di certificazioni Dsa sono in calo, in seguito a un lavoro di informazione fatto con famiglie e insegnanti per evitare di «medicalizzare» tali disturbi. Il sistema sanitario campano, insomma, si è autoconvinto che sono le altre regioni a sbagliare e che la dislessia, come gli altri disturbi specifici dell'apprendimento, sia un fenomeno marginale, per il quale non c'è una cura.

C'è il forte sospetto, quindi, che in Campania ci siano trentamila studenti dislessici, o con altri Dsa, incompresi. Come Giacomo Cutrera, il ragazzo che nel 2013 ha scritto Demone Bianco: «Qual era il mio demone? Di cosa avevo veramente paura? Cosa mi faceva stare male? Perché soffrivo? "Demone Bianco". Bianco come le ultime facciate del compito in classe che non riuscivo a completare. Un compito in classe che mi veniva strappato dalle mani senza che la verità potesse entrare in esso. La verità era che io sapevo e non potevo dimostrarlo. Io studiavo e venivo chiamato lazzarone. Io riflettevo e capivo, ma venivo trattato come uno stupido». Oggi Giacomo è laureato in ingegneria informatica.

I disturbi di apprendimento

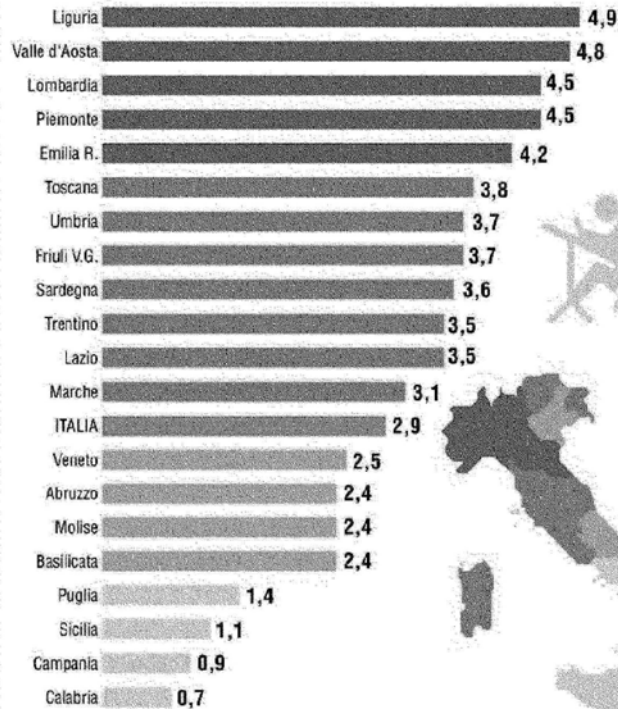
DSA DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO



Il totale è inferiore alla somma dei singoli disturbi perché alcuni alunni hanno più disturbi

LA DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

% alunni con Dsa certificata



**LA PRESIDE
SU 700 ISCRITTI
MI SONO STATI
RICONOSCIUTI
APPENATRE DSA**

Il provvedimento

Medicina territoriale arrivano otto rinforzi

In attesa dell'applicazione del progetto per la riorganizzazione dell'assistenza, già deliberato dall'Asl, la manager Morgante corre ai ripari per far fronte all'emergenza territoriale, il 118, disponendo 8 nuovi incarichi, a tempo determinato della durata di 30 giorni, nei presidi di Ariano Irpino, Baiano, Bisaccia, Montella (2 unità), Sant'Angelo dei Lombardi e Vallata (2 unità).

Con un impegno di spesa di poco superiore ai 36mila euro, a supportare l'attività del 118 nei 6 comuni interessati saranno i dottori Matteo De Luca (Ariano Irpino), Giovanni Gerardi (Baiano), Michele Roselli (Bisaccia), Vanda Manganiello (Montella), Angela Volpe (Montella), Antonio Nigro (Sant'Angelo dei Lombardi), Gaetano Cerreto (Vallata) e Raffaele Grasso (Vallata).

Il provvedimento s'è reso necessario per coprire i turni in quei presidi dove c'è carenza di personale per assicurare la normale turnazione garantendo un numero minimo di unità in quanto l'emergenza territoriale rientra nei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

Gli incarichi provvisori conferiti, così come previsto dalla normativa vigente, sono assegnati ai medici inclusi nella graduatoria aziendale di settore e successivamente ai medici inclusi nell'elenco di disponibilità in possesso dell'attestato per l'emergenza territoriale.



Nella nostra provincia, sono 51 i sanitari presenti in questa graduatoria di settore, di questi sono 17 hanno accettato l'incarico pertanto per la copertura del servizio è utilizzato l'elenco di disponibilità costituito dai medici in possesso dell'attestato di idoneità al servizio di emergenza sanitaria non inseriti nella graduatoria aziendale di settore.

Il 118 è un servizio di pronto intervento attivo 24 ore su 24, che esplica una attività rivolta alle sole urgenze ed emergenze in contatto con i mezzi di soccorso, gli ospedali, la polizia, i carabinieri, i vigili del fuoco, la protezione civile e le forze del volontario. L'emergenza sanitaria comprende situazioni che per l'imprevedibilità e la gravità mettono rapidamente a repentaglio l'integrità fisica e la sopravvivenza dell'individuo. Il Servizio si attiva chiamando il numero 118, secondo le necessità, oltre all'equipaggio medico infermieristico (Saut) è presente anche un'unità mobile di rianimazione (Cmr).

an. pl.

La sanità

Più ambulatori sul territorio, l'Asl amplia l'assistenza

Varato il piano territoriale: procedure più snelle per prenotazioni e tempi d'attesa

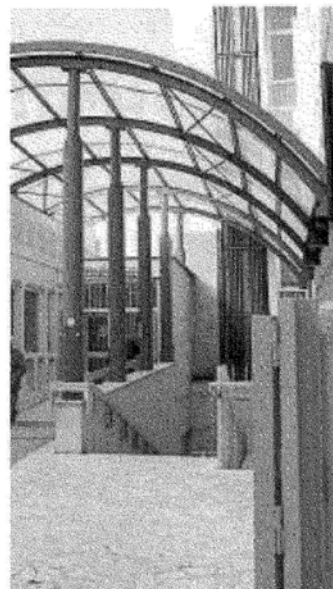
Antonello Plati

Approvato il progetto per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale: l'Asl di Avellino in campo per realizzare una nuova rete di cure primarie nei 118 comuni dell'Irpinia. La manager Maria Morgante ha messo nero su bianco dando seguito a un decreto dirigenziale del commissario regionale alla sanità, nel quale sono indicati gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale segnalati nel Piano sanitario nazionale di assistenza primaria. In sostanza, via Degli Imbimbo, sottolineando «una situazione generalmente sfavorevole rispetto al resto d'Italia», attuerà una programmazione attraverso forme e strumenti innovativi necessari a soddisfare le crescenti esigenze dell'utenza. In particolare, saranno costituite le cosiddette «Aggregazioni funzionali territoriali» al fine di rendere operativa una rete orizzontale tra i medici ponendo le condizioni per una maggiore collaborazione con tutte le altre strutture del sistema sanitario provinciale che, perseguendo scopi come l'equità di accesso alle cure e la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), avranno il compito, oltre che di tutelare i cittadini in carico, di valutarne i bisogni di continuità ospedaliera e di cura.

Inoltre, le Unità complesse di cure primarie, ovvero forme organizzative multi-professionali, garantiranno l'assistenza 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana cercando di ridurre gli accessi impropri al

Pronto soccorso, i ricoveri ripetuti e inappropriati e interagendo con l'attività specialistica dei presidi ospedalieri del «Moscati». In quest'ambito, il miglioramento della risposta sanitaria prevede l'attivazione di sedi decentrate per estensione degli orari di attività ambulatoriali e l'attivazione di ambulatori dedicati per patologie croniche più diffuse. Infine, ma non meno importante, sarà istituita una Centrale operativa per il servizio di continuità assistenziale per rendere più efficace ed efficiente il sostegno.

In questo processo, rientra anche l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni. In tal senso, l'azione mira ad ampliare l'infrastruttura delle prenotazioni integrandola con il Cup Recall (richiamata automatica per confermare la visita), ma anche con una versione web pubblica dei servizi inclusa una mobile per smartphone e tablet. Ancora, attenzione sarà riservata all'integrazione ospedale-territorio in relazione all'Azienda ospedaliera «Moscati» e alla consegna dei referti che potrà avvenire sia on-line sia in farmacia. Francesco Sellitto, presidente dell'Ordine dei medici di Avellino, che in più occasioni ha sottolineato l'importanza di un simile progetto di riorganizzazione su base territoriale, ricorda: «Ho portato all'attenzione dell'Asl alcune proposte per individuare le zone maggiormente disagiate, così come nell'ex Asl Avellino 2, e di conseguenza concentrare gli sforzi senza disperdere utili energia: è questa la migliore strada da percorrere».



La prevenzione

Cuore e ossa ambulatorio mobile e visite gratis

Arriva in Campania, a Salerno e Caserta, l'iniziativa

«Prevenzione Possibile. La salute al femminile», che offrirà a tutte le donne oltre i 35 anni, per due giorni in ciascuna città, consulti medici e screening gratuiti per la misurazione del rischio cardiovascolare e della densità ossea, a bordo di un ambulatorio mobile.

Il 23 e 24 aprile l'ambulatorio mobile farà tappa a Salerno, in Piazza Casalbore, e il 26 e 27 aprile a Caserta, in Piazza Pitesti, dalle ore 9.00 alle ore 18.00. L'obiettivo

dell'iniziativa è quello di sensibilizzare le donne sul tema della prevenzione e invitarle a cambiare alcune cattive abitudini, dannose per la loro salute. Le donne campane sono le più colpite in Italia dalle malattie del sistema circolatorio, con un tasso di mortalità pari a 36,6 decessi ogni 10.000 abitanti. Sono molto più sedentarie dei loro corregionali uomini (45,8% vs. 30,5%); in generale in Campania più della metà della popolazione (il 57,2%) non pratica sport né attività fisica. Il 34,6% delle donne campane soffre di obesità e il 36,5% è in sovrappeso.

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Omceo Roma: "Il Medico è l'unico professionista sanitario che può assumersi la responsabilità clinica delle procedure medico-radiologiche"

panoramasanita.it/2018/04/18/omceo-roma-il-medico-e-l-unico-professionista-sanitario-che-puo-assumersi-la-responsabilita-clinica-delle-procedure-medico-radiologiche/



4
0
0
1
0

Le precisazioni dell'Omceo di Roma in merito al Position paper della Fno Tsmr Pstrp.

"Il documento della Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica anziché "favorire la radioprotezione delle persone esposte" e proporre, come auspicato, un modello virtuoso di lavoro in equipe, sembra piuttosto presentare dei grossi limiti nei contenuti al punto da rappresentare un possibile rischio per il paziente". È quanto sostiene l'Ordine dei Medici di Roma che per questo ha ritenuto di fare alcune "doverose" precisazioni. «L'Omceo di Roma dopo aver preso visione del documento di posizionamento sul recepimento della Direttiva 2013/59/Euratom emendato lo scorso 24 marzo dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, si vede costretto» afferma Antonio Magi, presidente Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri «ad intervenire su alcuni punti in quanto si riscontrano inesattezze etiche e legislative». «Il primo documento ufficiale della neonata Fno Tsmr Pstrp, così come pubblicato» afferma Magi, «anziché "favorire concretamente la radioprotezione delle persone esposte" e proporre, come auspicato, un modello virtuoso di lavoro di equipe, sembra presentare dei grossi limiti etici nei contenuti e, qualora recepito in questa forma, potrebbe rappresentare un rischio per la popolazione. Il documento muove, infatti, un chiaro attacco al concetto moderno di equipe multiprofessionale e al ruolo di "primo operatore" (nonché di coordinatore di tutto il processo assistenziale) del Medico Chirurgo, mirando, tra l'altro contra legem, ad una illogica autonomia di esercizio professionale dei Tsmr. Secondo il suddetto documento per i Tsmr "gli unici limiti all'esercizio di una professione sanitaria sono le competenze proprie della professione medica (diagnosi differenziale e prescrizione)". Motivo per cui il Tsmr dovrebbe acquisire un ruolo nella giustificazione delle procedure (esecuzione su base prescrittiva), avere utilizzo esclusivo delle apparecchiature radiologiche e autonomia nella scelta della tecnica d'indagine, condividere la responsabilità clinica (e non l'ottimizzazione) delle prestazioni con il Medico Radiologo e "ad assumersi ufficialmente"

procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate (art. 6, decreto legislativo n. 187/2000GU n.261 del 09-11-2015; considerato (29) e art. 57 c. 2 Direttiva 2013/59/Euratom], domani, secondo l'Ordine dei Tsrn, si dovrebbero trasformare in soggetti (quasi) completamente autonomi. La legge però prevede» prosegue Magi «che la giustificazione delle procedure medico-radiologiche sia ad appannaggio del "practitioner". Ovvero di "un medico, un odontoiatra o altro professionista sanitario abilitato che assume la responsabilità clinica delle esposizioni mediche individuali", (art. 4 c. 66 Direttiva 2013/59/Euratom), e non dei "radiographer" o TSRM, chiaramente identificati come "altri operatori che si occupano degli aspetti pratici delle procedure medico-radiologiche". Il Medico quindi è l'unico professionista sanitario che può assumere la responsabilità clinica delle procedure medico-radiologiche ed è, sia per motivi deontologici (art. 35 Codice Deontologia Medica 2014 Fnomceo) che medicolegali (art. 1 c. 1 D.Lgs 219/2017), il soggetto incaricato di raccogliere il consenso/dissenso informato del Paziente per qualsiasi trattamento sanitario. Come se non bastassero queste distorsioni della legislazione Italiana ed Europea, la Fno Tsrn Pstrp considera come acquisite (senza addurre motivazioni valide) competenze di pertinenza degli infermieri e degli infermieri pediatrici quali "la preparazione, la gestione e somministrazione del mezzo di contrasto e dei radiofarmaci, su prescrizione medica", e considera "acquisibili e implementabili tutte le attività sanitarie non riservate ad altre professioni sanitarie prodromiche all'espletamento dell'attività tipica: es. la venipuntura,..". Non considerando che anche altre professioni sanitarie laureate, magari con percorso formativo clinico (e non tecnico), in base agli stessi (ignoti) principi potrebbero "rivendicare" competenze acquisite o acquisibili in campo tecnico radiologico. Cosa tra l'altro molto più sensata e fattibile una volta che i protocolli sulle singole apparecchiature radiogene siano stati ottimizzati in una visione della medicina automatica ed automatizzata. Allarmante se consideriamo» conclude Magi «la complessità delle attuali procedure clinico-radiologiche e l'impellente necessità di un lavoro armonico dell'equipe multidisciplinare (radiologica ma non solo). Equipe in cui devono essere mantenuti i corretti rapporti professionali ed anche gerarchici, accettandola diversa preparazione, la diversa competenza e il carattere interdipendente dell'autonomia delle diverse figure professionali coinvolte con un fine ultimo: la salute dei nostri pazienti».

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

L'Istat conferma il divario di sopravvivenza per livello di istruzione

panoramasanita.it/2018/04/18/istat-conferma-il-divario-di-sopravvivenza-per-livello-di-istruzione/



0
0
0
0
0

L'aspettativa di vita media alla nascita varia da 82,3 anni per gli uomini con livello di istruzione alto a 79,2 anni per i meno istruiti (+3,1 anni). Tra le donne da 86,0 a 84,5 anni (+1,5 anni). Il gradiente delle disuguaglianze nella speranza di vita per titolo di studio è presente in tutte le regioni ma si evidenziano interessanti differenze. Marche e Umbria hanno i differenziali tra alto e basso livello di istruzione più contenuti rispetto alle altre regioni sia per gli uomini (1,9 e 2,1 anni) che per le donne (0,7 e 0,5 anni).

Sono questi alcuni dati diffusi oggi dall'Istat che presenta per la prima volta le tavole di mortalità regionali per genere e livello di istruzione. "I risultati si riferiscono" spiega l'Istituto "alla popolazione residente al Censimento 2011 e agli eventi osservati nel triennio successivo 2012-2014. I risultati qui presentati sono stati ottenuti anche grazie alle attività svolte nell'ambito del protocollo di ricerca triennale Istat-Inmp. Lo studio adotta un approccio di tipo longitudinale, ovvero segue nel tempo lo stato in vita o l'eventuale uscita per trasferimento all'estero della popolazione residente in Italia e censita nel 2011. I dati che si presentano fanno riferimento a questa coorte censuaria e si riferiscono al triennio 2012-2014". "Tra i risultati più importanti" evidenzia l'Istat "si conferma il divario di sopravvivenza per livello di istruzione. L'aspettativa di vita media alla nascita varia da 82,3 anni per gli uomini con livello di istruzione alto a 79,2 anni per i meno istruiti (+3,1 anni). Tra le donne da 86,0 a 84,5 anni (+1,5 anni). La forbice si amplia notevolmente quando si prendono in considerazione anche i dati regionali (+6,1 anni negli uomini e +4 anni nelle donne); la maggiore sopravvivenza si osserva a Bolzano mentre è la Campania ad essere la regione più svantaggiata con la più bassa speranza di vita, pari a 77,5 e 82,9 anni per uomini e donne meno istruiti. Il gradiente delle disuguaglianze nella speranza di vita per titolo di studio è presente in tutte le regioni ma si evidenziano interessanti differenze. Marche e Umbria hanno i differenziali tra alto e basso livello di istruzione più contenuti rispetto alle altre regioni sia per gli uomini (1,9 e 2,1 anni) che per le donne (0,7 e 0,5 anni). In queste regioni si osservano anche le più alte speranze di vita per i livelli di istruzione bassi. Anche la Calabria ha differenziali bassi tra gli uomini (2,6 anni), ma ciò è dovuto al fatto che la speranza di

19/4/2018

L'Istat conferma il divario di sopravvivenza per livello di istruzione

Campania si caratterizza per una forte diseguaglianza nella mortalità per titolo di studio e al contempo per i valori più bassi d'Italia nelle speranze di vita per tutti i livelli di istruzione. Questo risultato si conferma anche per le donne campane".

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 18 APRILE 2018

Servizio Sanitario Nazionale: un bene prezioso da riscoprire e difendere con i denti

Avere un'assistenza sanitaria di tipo universalistico è, per le generazioni nate dopo gli anni '80, un dato di fatto, un diritto scontato. Purtroppo non è così, soprattutto in una prospettiva futura. La volontà politica di mantenere pubblica l'assistenza sanitaria c'è, ma si scontra con costi crescenti, difficoltà organizzative importanti, soprattutto al Sud, con il fatto di non essere ancora riusciti a gestire la cronicità, vero incubo per gli anni a venire. Fondazione Roche dà il suo contributo a questo importante dibattito con tre incontri dedicati al Ssn. Ieri sera il primo, dedicato all'universalismo.

Le nuove generazioni lo danno per scontato, ma anche gli ultracinquantenni sembrano avere la memoria corta in tema di Servizio Sanitario Nazionale, che quest'anno compie i suoi primi 40 anni. Eppure la legge 833/78 ha rappresentato una rivoluzione senza precedenti per l'assistenza sanitaria in Italia, con l'abolizione delle vecchie mutue, per far posto ad un servizio sanitario ispirato ai tre principi fondanti dell'universalismo, dell'uguaglianza e dell'equità. Le 'mutue', rese celebri dal dottor Tersilli, erano infatti prodighe anche oltre misura con chi aveva la fortuna di essere assistito, a fronte però di una massa di 'figli di nessuno' ai quali le prestazioni venivano centellinate, lasciando molti senza tutele.

Per ricordare a tutti che il Servizio Sanitario è un tesoro prezioso, ma tutt'altro che scontato (secondo alcuni potrebbe scomparire nell'arco di una decina d'anni) **Fondazione Roche** ha deciso di dedicargli tre incontri-dibattito distinti ("40 anni di SSN – Diritti al Futuro") nel corso dei quali i protagonisti della sanità di oggi ripercorrono questi 40 anni di SSN, aprendo una finestra sul futuro dell'assistenza universalistica, sempre più incerto in Italia, come in Europa.

La legge 833/78 è una delle più importanti conquiste sociali della Repubblica Italiana "ma le persone nate a cavallo degli anni '80 –riflette la professoressa **Mariapia Garavaglia**, Presidente della Fondazione Roche – hanno vissuto l'SSN come una situazione di fatto, come un diritto acquisito, senza avere reale consapevolezza del grande traguardo di civiltà di una legge che, già 40 anni fa, offriva una rilettura lungimirante del concetto stesso di salute, interpretato e applicato non più come bene individuale, quanto piuttosto come risorsa della collettività (l'articolo 1 della legge recita: *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale*). Dallo sforzo del legislatore è derivato uno dei sistemi migliori al mondo, ancora oggi tale".

E la bontà di questo sistema è certificata anche dall'Oms che ha incoronato il nostro SSN come il secondo migliore del mondo, anche se come efficienza è il primo in assoluto (facciamo cioè molto, spendendo relativamente poco).

"L'istituzione del SSN – fa notare il professor **Walter Ricciardi**, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità – ha introdotto un 'prima' e un 'dopo' nella sanità italiana. E' stato un vero spartiacque. Basti pensare che prima della sua introduzione, anche partorire in Italia era un rischio: per ogni 1.000 bambini nati, ne morivano 30 (nello stesso periodo in Francia la mortalità era di 8/1.000). Non è dunque esagerato dire che per l'Italia, l'introduzione del SSN ha rappresentato una conquista enorme che ha favorito lo sviluppo socio-economico, parallelamente a quello industriale".

19/4/2018

Servizio Sanitario Nazionale: un bene prezioso da riscoprire e difendere con i denti

Resta poi da affrontare il divario nord-sud. “Con l’aziendalizzazione delle USL – prosegue Ricciardi – alcune Regioni del nord hanno fatto dei passaggi importanti, affidandosi a grandi manager. Questo al Sud non è avvenuto. Così, oggi il Sud ha dei professionisti straordinari, ma anche delle gravi difficoltà organizzative”.

L’universalismo dell’SSN risuona nell’articolo 3 della Costituzione. L’accesso al sistema delle cure dovrebbe dunque essere lo stesso a Udine come a Reggio Calabria. Purtroppo la qualità dei servizi è molto diversa. E a rimetterci è anche la prevenzione. Conseguenza logica di tutto ciò è che l’aspettativa di vita sia molto diversa tra Nord e Sud.

“Oggi la sfida forse più grande da affrontare – commenta il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** – è quella dell’uguaglianza. La ricerca scientifica va sempre più verso la medicina personalizzata, verso la genomica; sta aprendo nuovi scenari sul fronte delle neuroscienze. Ma tutto questo costa. Sempre più. Siamo riusciti a garantire sostenibilità e accesso alle terapie avanzate istituendo il fondo dell’innovazione. Ma solo con un’attenta negoziazione avremo la possibilità di continuare a garantire a tutti l’accesso alle cure, a prescindere dal reddito.”

La nostra è l’unica costituzione che prevede (articolo 32) la tutela della salute come diritto fondamentale; fatto questo tutt’altro che scontato in tanti altri grandi Paesi (negli Usa ad esempio la salute è considerato una *commodity*, un bene commerciale); l’SSN dunque è un bene prezioso, da difendere a tutti i costi, ma che è invece trascurato al punto da non figurare neppure nel *curriculum* di studi dei futuri medici.

Ed è bene ricordare che anche il Ssn ha i suoi diritti. “Va usato bene cioè – conclude la Garavaglia - non è uno sportello per consumi sanitari. Dobbiamo diventare promotori di una concezione civile; il Ssn è prezioso; tutti devono lavorare e fare uno sforzo comune per non perderlo”.

“Il progetto ‘40 anni di SSN – Diritti al futuro’ – spiega il Direttore Generale della Fondazione Roche, avv. **Fausto Massimino** – nasce dalla volontà della Fondazione di offrire dei momenti di dialogo e di confronto tra esponenti del mondo sanitario, del giornalismo e memorie storiche del decennio di conquiste sociali a cavallo tra il ’68 e la fine degli anni ’70, per sensibilizzare e aumentare la consapevolezza della società verso la conquista di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico. Non vuole però essere una commemorazione storica di quello che è stato, quanto piuttosto un commento ad una Legge attuale, con un occhio alle sfide che ci attendono in futuro”.

Maria Rita Montebelli

quotidianosanita.it

Mercoledì 18 APRILE 2018

Quale futuro per le cure primarie? (2ª parte)

L'attività operativa del medico di famiglia è rimasta sostanzialmente quella antecedente al 1978 (convenzione, libera professione formale di fatto parasubordinato, rapporto economico a quota capitaria, organizzazione del proprio ambulatorio) e quelli che vengono pubblicizzati come cambiamenti rappresentano nella realtà incrementi progressivi impositivi di obblighi contrattuali spesso di natura burocratica che hanno in gran parte "impiegatizzato" il lavoro del medico

Nonostante il diffuso utilizzo del termine "Clinical Governance" non è sempre agevole comprendere in senso univoco il significato del termine inglese. Anche gli "addetti ai lavori" divergono in merito all'esatta interpretazione. Per "Clinical Governance" si intende che... il "governo" (nel senso dell'Amministrazione o dell'Autorità Istituzionale, o dei Capi o dei Governanti, o delle Dirigenze Aziendali) riconosce l'autonomia professionale e il ruolo di dirigenza dei professionisti (e questo vale per tutti i professionisti che operano nell'azienda, qualunque sia la loro disciplina) nella gestione dei servizi, in cambio di una piena assunzione di responsabilità nell'uso delle risorse e nel miglioramento della qualità clinica.

Il governo clinico si basa su alcuni principi (valutazione e miglioramento continuo della qualità, autonomia professionale, responsabilità distribuita, rendicontazione e trasparenza, clima organizzativo favorevole, sorveglianza delle condizioni di rischio, monitoraggio delle performance assistenziali, appropriatezza) e su molti strumenti. Esistono comunque nette differenze tra le definizioni istituzionali di governo clinico (clinical governance) con quello che la letteratura di settore ritiene debba essere considerato un governo clinico affidato effettivamente ai professionisti dell'assistenza territoriale e alle loro integrazioni in team multiprofessionali, multidisciplinari, multisettoriali.

I principi e gli strumenti di un governo clinico affidato effettivamente ai professionisti si discostano dal concetto di clinical governance aziendale in quanto i medici e i professionisti sanitari del territorio sono orientati ad una applicazione delle conoscenze della scienza all'interno di una concezione olistica di salute e di una visione dell'uomo complessa interdipendente secondo un paradigma bio-psico-sociale.

Con l'avvento della cultura manageriale in sanità (legge 502/1992) le logiche aziendali sono state assoggettate a modelli gerarchici monocratici (ampiamente superati da anni nelle imprese private di successo) e hanno ricondotto le categorie aziendali all'interno di una concezione squisitamente giuridica dell'amministrazione con governi (clinici) esercitati da organi apicali nominati dal soggetto politico che non hanno permesso una reale dialettica di rappresentanza degli interessi procurando di fatto una subordinazione della clinica alla gestione.

Le riforme sanitarie attuate dal 1978 ad oggi (833/1978; 502/1992; 229/1999 e la Legge Balduzzi) non sono mai riuscite a creare un prodotto nuovo e di qualità ma sono rimaste inglobate in primis all'interno in un concetto collegato agli interessi e al primato dell'agire amministrativo per poi applicare ai professionisti impegnati in trincea un pensiero sempre un po' sospettoso e superato di tipo natural-scientifico riduzionista che, inserito nella cultura burocratica-aristocratica, ha mantenuto un modello sostanzialmente ospedalocentrico, specialistico, farmacologico completamente disconnesso dal sistema sociale.

Il salto di qualità ed il prodotto di rottura esige il recupero culturale di una concezione antropologica globale dell'uomo sano e malato contestualizzato nel suo mondo che permette di coniugare il principio del curare, derivante dalla medicina scientifica, con quello del prendersi cura olistico-antropologico-personalizzato.

Prendersi cura significa aiutare l'uomo ammalato ad un empowerment fortemente sostenuto dai sanitari, ove possibile, e incuriosire l'uomo sano ai vari apprendimenti finalizzati al mantenimento dello stato di salute. Il ruolo educativo del medico che opera in un team paritario con altri professionisti della salute acquisisce un ruolo

19/4/2018

Quale futuro per le cure primarie? (2ª parte)

salute così che, la condivisione della responsabilità, consente di prendere decisioni all'interno della comunità di appartenenza anche critiche in grado di contrastare effettivamente e produttivamente il tecnicismo estremo, il consumismo sanitario, l'ipermedicalizzazione e la mancanza diffusa del buon senso.

Per questo motivo si avverte in modo pressante la necessità di luoghi dove i professionisti della assistenza territoriale possano ritrovare le radici del loro mestiere (etica, cultura, formazione, deontologia, integrazione ecc.) e al tempo stesso gli assistiti possano diventare protagonisti, con i loro professionisti, dei percorsi preventivi, di educazione sanitaria, di cura, riabilitazione o di recupero delle funzioni residue. Non si tratta di "recinti" o di "ospedaletti" ma di reali strutture (UCCP/Case della Salute) in grado di aggregare per sinergia progetti preventivamente condivisi tra operatori e dove tecnologia e antropologia possano marciare di pari passo per ritrovare il vero senso della clinica e dell'assistenza.

La riforma ter prevede, tra le altre cose, l'aggiornamento obbligatorio (ECM) ma anche in questo caso è necessario un profondo rinnovamento che investa non solo i contenuti ma anche le metodologie che non possono esimersi da una analisi relativa al come si acquisiscono, interpretano e assimilano le informazioni. I professionisti dell'assistenza che operano in team devono poter determinare i propri obiettivi generali e tra questi anche quelli orientati all' apprendimento. I bisogni informativi non sono uguali per tutti così che deve essere previsto un piano di apprendimento professionale personalizzato che deve essere strutturato in modo autonomo o in team per poter effettivamente produrre cambiamenti positivi nella attività culturale e assistenziale quotidiana.

Oggi la maggior parte delle funzioni assistenziali sono state interamente trasferite al territorio senza che vi sia stata una corrispondenza di investimenti adeguati. A fronte dei profondi mutamenti sociali e sanitari il riordino delle cure primarie è stato semplicemente un fallimento a causa della assenza di interlocutori così che i professionisti della salute non hanno avuto la possibilità di potersi sintonizzare col ritmo dei cambiamenti. Dovrebbe invece essere valorizzata la perizia nella capacità di interpretare la realtà e di immaginare il cambiamento magari partecipando alla sua realizzazione per produrre servizi che alimentino il bene comune (cultura del progetto, Ezio Manzini, Politiche del quotidiano, Edizioni di Comunità, 2018). Le interminabili latenze che si creano tra una ipotesi progettuale e la sua realizzazione fanno sì che eventuali progetti significativi vengano realizzati quando questi sono già ampiamente superati.

L'attività operativa del medico di famiglia è rimasta sostanzialmente quella antecedente al 1978 (convenzione, libera professione formale di fatto parasubordinato, rapporto economico a quota capitaria, organizzazione del proprio ambulatorio) e quelli che vengono pubblicizzati come cambiamenti rappresentano nella realtà incrementi progressivi impositivi di obblighi contrattuali spesso di natura burocratica che hanno in gran parte "impiegatizzato" il lavoro del medico (es.: la compilazione del modulo on line INAIL nella sua laboriosità e ridondanza, dove la componente medico professionale risulta essere residuale è l'emblema di una attività che prima di essere medica va, nella pratica, a sostituire l'attività impiegatizia dei dipendenti INAIL).

Bruno Agnetti

Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS)

Sindacato dei Medici Italiani (SMI)

Regione Emilia Romagna

(Fine seconda parte, leggi la [prima parte dell'articolo](#))

Primario di Chirurgia vascolare, il pasticcio del concorso

Ospedale del Mare
la commissione si accorge
degli errori e ribalta
la graduatoria. Un candidato
"Prove irregolari, farò ricorso"

GIUSEPPE DEL BELLO

Acrobazie di un concorso. E un ricorso dietro l'angolo. Autori di inspiegabili giravolte, la Asl Napoli 1 e la commissione esaminatrice dei candidati al ruolo di direttore di Chirurgia vascolare dell'Ospedale del Mare. Un singolare percorso a ostacoli che ha visto Carlo Ruotolo, uno dei partecipanti in lizza - il più titolato e con una lunga permanenza in prestigiosi ospedali di Parigi - occupare una prima volta il terzo posto in classifica e, successivamente in una seconda graduatoria, passare al primo.

Tutto inizia con il bando pubblicato più di un anno fa. Si presentano in sei: Francesco Pignatelli, Carlo Ruotolo, Gennaro Vigliotti, Giovanni Cioffi, Giuseppe Bianco e Salvatore De Vivo. La commissione è formata dai primari Giovanni Credi di Massa Carrara, Ferruccio Ferrero di Torino e Reinhold Perkmann di Bolzano, dal direttore sanitario Pasquale Faraone Di Girolamo e dalla segretaria Rosanna Cavallo. La prima riunione si tiene il 7 febbraio 2017. A disposizione della commissione ci sono 100 punti da assegnare: 35 per i titoli di carriera, 10 per quelli di studio, 6 per le pubblicazioni scientifiche, 9 per il curriculum e 40 derivanti dal colloquio. Il giorno dopo, c'è invece il faccia a faccia tra commissari e singoli aspiranti. Tra le domande, stabilite in precedenza e uguali per tutti, una riguarda la migrazione sanitaria dei pazienti. È un quesito

che nulla ha a che fare con tecniche operatorie e casi clinici. Eppure su questo tema la commissione mette alle corde il candidato Ruotolo. E così, prima esalta le sue qualità: "Eccellente competenza tecnico/clinica... una professionalità costruita su esperienze in campo internazionale...", poi decreta il flop del colloquio: "Ciò che colpisce, malgrado l'esperienza quindicennale di direzione (Ruotolo è primario al Cardarelli, ndr), è la semplificazione delle capacità gestionali e la scarsa attenzione alla privacy)". È bravo, ma va bocciato. In sintesi perché ha risposto male. E così, Pignatelli acquisisce 80,20 punti; Vigliotti 79,27, Ruotolo 77,525; Bianco 69,45 e Cioffi 62,85. Vince Pignatelli, dunque.

Tutto a posto? Neanche per idea. A distanza di un mese la commissione su invito del presidente viene riconvocata. Riparte l'iter. Ancora riunioni e rielaborazione dei punteggi. Ne esce una situazione capovolta. Nei verbali, in cui non si è precisato nemmeno dove si è riunita la commissione, si legge: bisognerà "riformulare le schede di valutazione dei candidati ammessi, avendo rilevato alcune inesattezze". Errori che nessuno aveva rilevato. Nella nuova graduatoria Ruotolo da terzo (sempre con gli stessi 77,50 punti assegnati nella precedente) risulta vincitore, staccando di 12 punti Pignatelli (che finisce secondo, scendendo da 80,20 a 65,25) e Vigliotti, fermo al terzo posto. Conclusa la proce-

dura, il manager Mario Forlenza dà incarico di preparare il contratto da far sottoscrivere a Ruotolo. Colpo di scena. Il vincitore, scoraggiato dal giudizio negativo espresso nella prima valutazione, rinuncia e rimane al Cardarelli ben motivato dal suo direttore generale Verdoliva, intenzionato a conservare una punta di eccellenza del suo ospedale. Così Pignatelli, già beneficiario una prima volta, rimonta in cima alla classifica. Ma come giustificano il dietrofront i commissari? Credi, primario a Massa, prima di riagganciare bruscamente la corsetta, si giustifica: «Nulla da dire. Tutto è stato regolare». Da Bolzano risponde a *Repubblica* il direttore di Chirurgia vascolare Reinhold Perkmann: «Mi sono stupito, e come me i miei colleghi, che Ruotolo si sia presentato, essendo già primario al Cardarelli. Tra l'altro, lo conosciamo bene: è bravissimo, lo sanno tutti, apprezzato in tutta Italia». Nel frattempo, uno dei sei candidati annuncia: «Farò ricorso al Tar, molte le irregolarità in questo concorso». E nell'occhio del ciclone starebbero per finire altri bandi. Sempre per posti di primario e sempre nell'Ospedale del Mare.



Manager
Mario Forlenza
direttore generale
della Asl Napoli 1
Centro. Il primario
sarà selezionato dal
manager dalla
terna dei candidati scelti dalla
commissione esaminatrice

FNOMCeO: «Saremo curati da medici centenari». E anche i giudici dicono "No" ad una sanità senza camici bianchi

sanitainformazione.it/lavoro/fnomceo-medici-centenari/

April 18, 2018

«Sembra ormai che siano rimasti solo i giudici, i medici e i cittadini a credere che il fine ultimo della Sanità sia la salute dei cittadini e che i vincoli di bilancio siano solo un mezzo e non certo un fine del sistema». A dichiararlo è **Filippo Anelli, Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**, commentando le sentenze del Tar di Bari (566, 569, 571, 572 del 2018, Seconda Sezione, presidente Adamo) che hanno bocciato le dotazioni organiche delle Asl perché non garantiscono la presenza del numero minimo di medici necessari a coprire i Livelli essenziali di assistenza. Sentenze accolte con «amara soddisfazione» dalla FNOMCeO, che ribadisce ancora una volta che «la tutela del diritto alla salute dei cittadini si garantisce se il sistema sanitario persegue **obiettivi di salute e non obiettivi di bilancio**, come purtroppo è accaduto negli ultimi anni a causa di un modello aziendalista di gestione della Sanità. Con i risultati che tutti conosciamo: **sempre meno medici, sempre più anziani, sempre più 'sfruttati'**. Sino ad arrivare, a breve, al collasso del sistema, che non sarà più in grado di garantire ai cittadini un'assistenza di qualità».



«È sempre un brutto segnale – prosegue Anelli – **quando la magistratura deve svolgere funzioni di supplenza rispetto alla politica**. È il segno di un **sistema** che non solo **non funziona**, ma che nemmeno è capace di riformarsi. E di fronte a questo scenario – aggiunge – perdura il conflitto tra Stato e Regioni sulle priorità sulle quali investire i fondi vincolati agli obiettivi di piano: il Governo vorrebbe che i 40 milioni di euro disponibili fossero destinati all'aumento delle borse di studio per la formazione dei medici, per supplire alle **carenze di medici** di medicina generale, ma anche di specialisti che si prospettano nei prossimi anni. Le Regioni vorrebbero invece dirottare i fondi verso altre priorità e chiedono allo Stato di stanziare dotazioni finanziarie aggiuntive per le borse di studio. E chi fa le spese di questo braccio di ferro? I medici e i cittadini».

19/4/2018

FNOMCeO: «Saremo curati da medici centenari». E anche i giudici dicono "No" ad una sanità senza camici bianchi

"Sanità Pubblica senza medici entro 10 anni. I medici vanno in pensione senza essere sostituiti. Chiediamo al Governo di agire subito".