

## RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
10 LUGLIO 2014

### DALLA SARDEGNA

#### LA NUOVA SARDEGNA

#### **SASSAR Pet, inaugurata 8 mesi fa e ancora ferma L'apparecchio radiologico bloccato dall'iter burocratico: i pazienti chiedono prestiti per andare a curarsi in altri centri**

I viaggi della speranza per le diagnosi e le cure oncologiche sembrano una piaga della sanità pubblica destinata a non guarire. Ancora una volta arriva la storia drammatica di una donna costretta a chiedere aiuto economico a una associazione benefica per poter andare in un altro centro dell'isola (a Cagliari) e sottoporsi a cure adeguate con un macchinario radiologico speciale: la Pet che a Sassari ancora non è in funzione. Eppure se si cerca questa sigla nell'archivio digitale appaiono subito gli articoli di cronaca relativi all'inaugurazione della sofisticatissima apparecchiatura diagnostica e terapeutica. Peccato che il taglio del nastro di questo autentico "mostro" tecnologico da parte dei vertici dell'università e dell'Azienda ospedaliero risalga all'8 novembre del 2013. Da allora il complicatissimo iter burocratico fatto di autorizzazioni e carte bollate non si è mai concluso e ancora l'avvio delle prestazioni che doveva essere imminente, viene dato per certo a partire da settembre. «L'apparecchio - si legge in un comunicato dell'Aou - entrerà in funzione non appena si concluderà l'iter per l'accreditamento regionale, giunto alle battute finali. La settimana scorsa infatti la commissione regionale per l'accreditamento era a Sassari per una visita alla struttura, al termine della quale ha espresso parere positivo e ha contestualmente richiesto un ultimo documento ad integrazione della pratica. Il documento, ora in preparazione, verrà inviato a Cagliari entro la prossima settimana e con questo la commissione potrà dare, entro il mese di luglio, l'autorizzazione all'esercizio. A partire da settembre la macchina potrà quindi essere operativa». Era il 1996 quando da Sassari era partì la prima richiesta per ottenere il finanziamento per l'acquisto di questa macchina. Ancora oggi i pazienti sono costretti a barcamenarsi tra mille difficoltà per potersi curare con terapie e diagnosi davvero all'avanguardia. La Pet-Tc infatti è una macchina "ibrida" che combina il lavoro della Pet con quello di una Tac. La prima è una tomografia a emissione di positroni mentre la seconda è una tomografia computerizzata. Questo apparecchio consente di delimitare il tessuto tumorale più attivo e di individuare, con estrema precisione, la sede anatomica della lesione ed è in grado di monitorare le mappe dei processi funzionali all'interno del corpo attraverso bio-immagini. Una svolta avveniristica per la sanità, insomma, che per il momento dovrà rimanere nei sogni degli ammalati e dei loro parenti.

#### **SASSARI Coagulazione, l'eccellenza è al Civile L'unità operativa diretta da Lucia Mameli ha ottenuto l'accreditamento a livello nazionale**

L'Unità Operativa Malattie della Coagulazione della Asl di Sassari ha ottenuto gli

accreditamenti professionali Aice (Associazione Italiana Centri Emofilia) e Fcsa (Federazione Centri per la diagnosi della trombosi e la Sorveglianza delle terapie Antitrombotiche). «Si tratta di importanti riconoscimenti a livello nazionale - spiega la direttrice Lucia Anna Mameli- . Il programma di accreditamento rappresenta una garanzia per i pazienti perché attesta che l'assistenza viene gestita dal Centro di Emostasi e Trombosi di Sassari secondo criteri di buona pratica clinica». L'accREDITamento Aice garantisce, infatti, la promozione della qualità di eccellenza nelle strutture che trattano pazienti affetti da emofilia e da altre malattie emorragiche congenite mentre il riconoscimento Fcsa conferma il raggiungimento di elevati standard professionali e la capacità di gestire adeguatamente le terapie antitrombotiche attraverso una procedura di valutazione rigorosa ed indipendente. L'Unità Operativa Malattie della coagulazione è centro di eccellenza, unico nel nord Sardegna per la prevenzione, diagnosi e cura per le patologie tromboemboliche (trombosi venose profonde, embolie polmonari, eventi ischemici arteriosi) o emorragiche. Il Servizio, dotato di un laboratorio di elevato livello diagnostico, esegue esami altamente specialistici, segue oltre 4000 pazienti in terapia anticoagulante orale (Tao) con controlli periodici (ogni giorno vengono valutati 250-300 pazienti). Inoltre, l'Unità Operativa garantisce assistenza ambulatoriale ai reparti e ai pazienti esterni nell'ambulatorio del Santissima Annunziata aperto al pubblico dal lunedì al sabato mattina.

## **SASSARI Domani un convegno sulla sanità elettronica nell'isola**

La nuova stagione della Sanità Elettronica in Sardegna. L'evoluzione del Servizio Sanitario Regionale e del Sistema Informativo Sanitario" è il titolo del convegno promosso dalla Asl di Sassari in programma domani nella sala meeting dell'ospedale civile Santissima Annunziata dalle 9,30 alle 13,30. L'evento, organizzato in collaborazione con e-Sanit@, Rivista del Management dell'e-Healthcare, ha l'obiettivo di illustrare l'evoluzione che in Sardegna hanno avuto le tecnologie informatiche applicate alla salute e quali prospettive si delineano per la sanità. «Strategica - spiegano gli organizzatori - è l'attivazione del processo di dematerializzazione in sanità con l'introduzione della ricetta elettronica, la conservazione sostitutiva dei referti di diagnostica per immagini, l'estensione dell'utilizzo della cartella clinica elettronica nei processi di cura e la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico il cui compimento è previsto per fine 2015». Soluzioni queste che, una volta a regime, dovrebbero consentire al cittadino di accedere in maniera completa alle proprie informazioni di salute, con effetti migliorativi degli interventi di prevenzione e cura. All'incontro saranno presenti, oltre al direttore generale della Asl Marcello Giannico e al direttore Sistemi Informativi Piergiorgio Annicchiarico, il direttore scientifico di e-Sanit@ Placido Bramanti, il direttore Fiaso (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) Nicola Pinelli, il Presidente Nazionale Aisis (Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità) e il presidente della Federfarma Sassari Manlio Grandino. È annunciata anche la presenza di Giuseppe Sechi, direttore dell'assessorato regionale della Sanità.

## **SASSARI Aou, task-force per analizzare il lavoro in sala operatoria**

L'azienda ospedaliero universitaria ha avviato una collaborazione con la Scuola di Direzione Aziendale della Bocconi di Milano nell'ambito del master Emmas, un master in management delle aziende sanitarie e socio assistenziali al quale partecipa, per l'edizione

2013-2014, una dipendente del Servizio Programmazione e Controllo di Gestione, Sharon Podesva. È stato dunque istituito un gruppo di lavoro composto da persone che operano all'interno di strutture sanitarie pubbliche e private e che, all'esperienza personale uniscono la conoscenza di logiche e degli strumenti manageriali acquisita durante il percorso formativo del master. I componenti del gruppo si occuperanno di effettuare una diagnosi del sistema aziendale con l'obiettivo di produrre un'analisi e una prima valutazione da mettere a disposizione della direzione generale. Nello specifico il progetto consiste in un'analisi organizzativa del blocco operatorio della Aou e nella proposta di soluzioni organizzative finalizzate all'aumento della produttività e dell'efficienza del comparto operatorio nonché del miglioramento del percorso del paziente chirurgico all'interno dell'azienda.

## **OLBIA** *La nuova vita del centro diurno Grazie al contributo della Casagit la Asl ha acquistato gli arredi della struttura devastata dall'alluvione*

La Asl ha acquistato una parte degli arredi del centro diurno di salute mentale, danneggiato dall'alluvione del 18 novembre, grazie al contributo di 10mila euro donato all'Azienda sanitaria locale dalla Casagit, la Cassa autonoma di assistenza dei giornalisti. «A nome dell'Azienda sanitaria e di tutto il Centro di salute mentale di Olbia – ha riferito ieri il direttore generale Giovanni Antonio Fadda – vorrei ringraziare la Casagit per la generosa offerta che ha consentito di acquistare una cucina componibile e un salotto per arredare i locali del centro diurno, devastato dall'alluvione dello scorso 19 novembre». Il ringraziamento della Asl 2 è stato trasmesso con una nota ufficiale al presidente della Casagit, Daniele Cerrato, e al fiduciario della Sardegna, Giovanni Perrotti. «Grazie al contributo, infatti, è stato possibile acquistare gli arredi dei locali che giornalmente venivano utilizzati dai pazienti che frequentano il centro e si impegnano in attività di reinserimento nella collettività. Un contributo, il vostro, apprezzato dagli operatori sanitari, ma anche dai nostri pazienti e dai loro familiari», ha scritto il direttore generale. Con il contributo della Casagit la Asl ha potuto acquistare gli arredi della sala cucina e del salotto utilizzati per il progetto "Pasti al centro diurno", che consente al paziente di rendersi autonomo nella pratica della preparazione del pranzo e della sistemazione della cucina, attività di vita quotidiana non sempre di facile esecuzione per le persone seguite dal Csm. Un servizio in funzione ormai da qualche anno e sospeso in seguito all'alluvione del 19 novembre, quando i locali e gli arredi di via Baronina sono stati completamente devastati dal fango e dall'acqua. «Ora, con l'acquisto degli arredi, anche questa attività potrà riprendere», ha aggiunto con soddisfazione il direttore del Csm, Amadeus Ehrhardt. «Tutte le attività del Csm – ha concluso il direttore – e del centro diurno sono volte a tutelare quella fascia di popolazione debole che, purtroppo, non dispone di un ambiente adeguato a sviluppare il proprio potenziale e a recuperare quelle capacità sociali basilari per una vita decorosa. Negli anni, attraverso i nostri progetti terapeutico-riabilitativi, abbiamo visto migliorare la condizione di molti assistiti, per questo riteniamo fondamentale la ripresa dell'attività riabilitativa e terapeutica al centro diurno che ora, con l'acquisto degli arredi, potrà riprendere».

# DALL'ITALIA

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### Conferenza Stato Regioni. Ecco i provvedimenti in esame

*Individuazione delle aziende autorizzate alla lavorazione del plasma, e delle figure professionali per la rete di cure palliative, riparto per le borse di studio in medicina generale, riconoscimento del carattere scientifico dell'Ismett e conferma per il San Raffaele di Milano. Questi i provvedimenti all'esame della prossima seduta. Patto non all'Odg, ma si attende integrazione in serata.*

Sono in cinque i provvedimenti sulla sanità che domani approderanno sul tavolo della Stato Regioni, ma il grande dominatore della giornata dovrebbe essere il Patto per la salute sul quale, in queste ore, gli assessori alla sanità stanno lavorando per apportare le ultime limature.

Ufficialmente il nuovo Patto, non è ancora stato calendarizzato, ma salvo soppresse dell'ultima ora l'integrazione all'ordine del giorno della Conferenza del 10 luglio non dovrebbe tardare ad arrivare.

Ma vediamo quali sono i provvedimenti in esame.

Si inizia con il parere sullo schema di decreto recante "Individuazione dei centri e aziende di frazionamento e di produzione di emoderivati autorizzati alla stipula delle convenzioni con le Regioni e le Province autonome per la **lavorazione del plasma** raccolto sul territorio nazionale".

Questo l'elenco delle aziende autorizzate a stipulare convenzioni con le Regioni:

- BBaxter Manufacturing Spa, con stabilimenti per il processo di frazionamento del plasma siti in Rieti, Italia;
- CSL Behring Spa, con stabilimenti per il processo di frazionamento del plasma siti in Berna, Svizzera;
- Grifols Italia Spa, con stabilimenti per il processo di frazionamento del plasma siti presso Istituto Grifols S.A., Barcellona, Spagna;
- Kedrion Spa, con stabilimenti per il processo di frazionamento del plasma siti in Bolognana, Galliciano, Lucca, Italia;
- Octapharma Italy Spa, con stabilimenti per il processo di frazionamento del plasma siti in Stoccolma, Svezia.

Si passa poi all'accordo tra Governo e Regioni per l'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle **cure palliative** e della terapia del dolore, nonché delle strutture coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

All'articolo 1 e 2 del documento vengono così individuate le figure professionali che, attraverso l'integrazione dei rispettivi ambiti di assistenza, devono garantire le cure palliative e la terapia del dolore:

- medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia;
- medico in medicina generale;
- psicologo specialista;
- infermiere, fisioterapista, dietista;
- assistente sociale, operatore socio-sanitario.

Prevista anche la presenza di specialisti pediatrici per le cure palliative e la terapia del dolore garantite ai pazienti pediatrici.

In queste reti pubbliche o private accreditate sono idonei a operare medici in possesso di un'esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative.

All'attenzione della Conferenza Stato Regioni andrà anche l'intesa sulla proposta di riparto della quota accantonata sul Fsn, per l'anno 2013, di 38.735.000 per il finanziamento delle **borse di studio in medicina generale**.

Presente anche la richiesta di riconoscimento del carattere scientifico dell'**Ismett** (Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione) di Palermo, nella disciplina "Cura e ricerca delle insufficienze terminali d'organo".

Nel documento a tal proposito si legge come in base al giudizio formulato dalla Commissione, "si ritiene che l'Ismett possa conseguire il riconoscimento scientifico".

Infine, la richiesta di conferma del carattere scientifico dell'**Ospedale San Raffaele di Milano** e di riconoscimento San Raffaele Turro. Anche in questo caso la Sottocommissione Ministeriale di valutazione ritiene "siano pienamente soddisfatte le condizioni perchè all'Istituto San Raffaele sia confermato il riconoscimento di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nella disciplina della medicina molecolare e venga esteso tale riconoscimento scientifico all'ulteriore sede della Casa di Cura San Raffaele Turro".

## **Caso Marlia. Snr esprime preoccupazione e teme il crearsi di un vuoto operativo**

*"Dove scompare il clinico aumentano le radiazioni ed i danni iatrogeni". Così la Segreteria nazionale della Fassid, area Snr, ha commentato l'assoluzione dei due tecnici di radiologia che, nella struttura di Marlia, effettuavano esami senza la presenza del medico radiologo. "Si faccia meglio, non di più: i numeri italiani degli esami radiologici sono già tra i più alti del mondo".*

La Segreteria nazionale della Fassid, area Snr, riunitasi oggi a Roma ha preso in esame [la sentenza con cui il Tribunale di Lucca ha assolto due tecnici di radiologia](#) che, nella struttura di Marlia, effettuavano esami senza la presenza fissa del medico radiologo. Inizialmente accusati di abuso della professione, i tecnici, insieme al direttore sanitario e al medico che refertava a distanza, sono stati assolti perché "il fatto non sussiste".

La Segreteria nazionale della Fassid area Snr ha espresso "profonda preoccupazione" per il possibile vuoto operativo indotto nelle attività radiologiche da interpretazioni forzose della sentenza di Marlia tendenti a "stravolgere" ruoli e funzioni cliniche all'interno dell'Area radiologica.

"L'Area radiologica è formata dall'articolazione complessa delle competenze in tema di

erogazione delle radiazioni ionizzanti a scopo medico, ove numerose figure professionali intervengono ciascuna per le proprie competenze, a tutela della salute dei cittadini - si legge in una nota Snr -. Le Direttive Europee 97/43, 13/59 ed il D.Lgs 187/2000 regolano doveri dei professionisti e diritti dei pazienti. Non possono essere confusi aspetti di rilievo penale, che vengono anche con sollievo umano esclusi, con la resa del servizio più idoneo alle persone. Dati preliminari che stiamo raccogliendo parlano di un aumento costante delle prestazioni irradianti mentre tutte le notizie odierne sono tese verso la 'produttività' e l'assenza del medico radiologo, come se questa fosse ostacolo e non una garanzia per il paziente, a tale scopo preparata da undici anni di studio anche a spese dei contribuenti".

"Dove scompare il clinico, gli Stati Uniti insegnano, aumentano le radiazioni ed i danni iatrogeni. E la confusione di ruoli serve a fare propaganda categoriale o carriera politica - conclude la nota -. Snr chiede che si faccia meglio e non di più di ora, anche perché i numeri italiani degli esami radiologici sono già tra i più alti del mondo. E nell'interesse delle persone c'è una applicazione corretta e coerente delle leggi europee non in ritardo come in Italia".

### **Patto Salute. Fials: “Pieno di principi ma scarso di impegni reali”**

*Dall'ospedale ai servizi territoriali. “Questo l'obiettivo del Patto, ma non si forniscono strumenti alle Regioni e soprattutto risorse umane”, denuncia il segretario generale della Fials, Giuseppe Carbone. Secondo il quale, “l'esclusione” dal confronto dei sindacati e dei professionisti “determinerà di fatto l'impossibilità all'attuazione del Patto”.*

“Oltre nove mesi di confronto tra Governo e Regioni per “partorire” un documento di intenti e poco efficace sul “Patto per la Salute 2014-2016” che dimentica sostanzialmente i problemi che incontrano i cittadini e pazienti a contatto con i servizi sanitari”. Questo il commento lapidario di **Giuseppe Carbone, Segretario Generale della Fials**, all'annuncio del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sull'intesa raggiunta sul Patto per la Salute.

“Nei principi – afferma Carbone - il Patto della Salute pone la centralità sull'umanizzazione delle cure come sui percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, terapia domiciliare, terapia del dolore, ospedale di comunità, mentre, invece, rinvia i problemi reali sull'aggiornamento e revisione dei Lea, sulla continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio, sulla diminuzione dei ticket. Nessun impegno reale, poi, sull'abbattimento dei tempi e liste di attesa”.

Dall'Ospedale ai servizi territoriali. “Questo l'obiettivo del Patto, ma non si forniscono strumenti alle Regioni e soprattutto risorse umane. Non si capisce come sia possibile valorizzare i servizi territoriali distrettuali sanitari senza adeguati finanziamenti ma soprattutto senza medici ed infermieri. Il blocco del turn-over - prosegue Carbone - ha prosciugato ormai tutte le dotazioni organiche, mancano oltre 30 mila infermieri e professionisti del ruolo sanitario come gli stessi medici. Certamente non è pensabile che si possano attuare gli obiettivi del Patto per la Salute – da ospedale al territorio – con il personale attualmente in servizio o con mobilità selvagge. Avremmo certamente una riduzione dei servizi ospedalieri, servizi territoriali poco efficienti ed ancora pronto soccorsi intasati, l'unica certezza per i cittadini”.

“La riduzione del numero di posti letto al 3,7 ogni mille abitanti - dichiara Carbone, nell'auspicio di incrementare i servizi territoriali, mette a rischio la salute di molti pazienti.

Rimane una scelta politica in controtendenza con gli altri Paesi Europei con una media al 5,4 per mille”.

Critiche anche all' "esclusione del confronto tra Governo, Conferenza delle Regioni e Ministero della Salute con i sindacati, con i professionisti della salute", che per Carbone “determinerà di fatto l'impossibilità all'attuazione dello stesso Patto. Tra l'altro lo stesso Governo, con il Ministro della Salute e le stesse Regioni, non hanno ancora, denuncia Carbone, dato risposte certe al rinnovo del contratto nazionale bloccato da 5 anni, ai circa 40 mila precari della sanità, allo sblocco del turn-over”.

“Bene – prosegue il leader della Fials - gli 80 euro per chi li ha ottenuti, che certamente non sono finiti nei supermercati ma solo a pagare le maggiori tasse, ma ora bisogna mettere mano alle riforme vere quelle del lavoro per tutti, ad interventi economici reali come ha dichiarato lo stesso Presidente della Repubblica Napolitano ‘se non trovano lavoro i giovani, l'Italia è finita’”.

“Non è pensabile – prosegue Carbone - che il Governo Renzi continui a sfornare documenti, decreti legge e leggi in sanità e in materia di Pubblica Amministrazione ignorando volutamente il sindacato. Non è pensabile che si possa rottamare tutto trasformando il nostro Stato nel deserto dei Tartari come ha dichiarato recentemente il giornalista Michele Ainis sull' "Espresso". La Fials non rimarrà certamente alla finestra ad assistere ad uno spettacolo che porta l'Italia alla deriva e nega il lavoro ai giovani e ai giovani professionisti della sanità”.

### **Welfare. Allarme Censis-Unipol: “Italiani costretti a rinunciare a prestazioni sanitarie e badanti”**

*Diffusi i risultati del Rapporto 2014 «Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali» di Censis e Unipol. Il welfare familiare è in crisi, ma aumenta la domanda di cura e di assistenza. In calo, per la prima volta, la spesa sanitaria privata (-5,7%). La proposta: “Integrare gli strumenti di welfare pubblici e privati”.*

Frena la spesa privata per sanità e assistenza. E il welfare familiare in crisi. L'allarme arriva dal Rapporto «Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali» di Censis e Unipol presentato oggi a Roma, da cui emerge, in dettaglio, che nell'ultimo anno la spesa sanitaria privata ha registrato un -5,7%, il valore pro-capite si è ridotto da 491 a 458 euro all'anno. Le famiglie italiane hanno dovuto rinunciare complessivamente a 6,9 milioni di prestazioni mediche private e per la prima volta è diminuito anche il numero delle badanti che lavorano nelle case degli anziani bisognosi: 4mila in meno. Anche il welfare privato familiare, infatti, comincia a mostrare segni di cedimento.

“Sono i segnali di una inversione di tendenza rispetto a un fenomeno consolidato nel lungo periodo per cui le risorse familiari hanno compensato una offerta del welfare pubblico che si restringeva”, osserva il Censis. Insomma, oggi il welfare pubblico è carente e gli italiani non sembrano riuscire più a sopperire da soli a tale carenza.

“Tra il 2007 e il 2013 – si legge nel rapporto - la spesa sanitaria pubblica è rimasta praticamente invariata (+0,6% in termini reali) a causa della stretta sui conti pubblici”. È aumentata, al contrario, la spesa di tasca propria delle famiglie (out of pocket): +9,2% tra il 2007 e il 2012, per poi ridursi però del 5,7% nel 2013 a 26,9 miliardi di euro. E anche il

numero dei collaboratori domestici per attività di cura e assistenza (963mila persone) ha registrato una flessione nell'ultimo anno (-0,4% nel 2013), dopo un periodo di crescita costante (+4,2% tra il 2012 e il 2013).

**La domanda crescente di cura e di assistenza.** Il Censis stima che 4,1 milioni di persone in Italia sono attualmente portatrici di disabilità (il 6,7% della popolazione), nel 2020 diventeranno 4,8 milioni, per arrivare a 6,7 milioni nel 2040. La spesa totale per le disabilità ha registrato un forte incremento, superiore al 20% in termini reali tra il 2003 e il 2011, passando da 21,2 miliardi di euro a quasi 26 miliardi. Cresce anche la domanda di assistenza per la popolazione anziana non autosufficiente (long term care). In Italia gli anziani che usufruiscono di assistenza domiciliare integrata sono passati da poco più di 200mila nei primi anni 2000 a oltre 532mila nel 2012, cioè dal 2,1% della popolazione anziana (persone con 65 anni e oltre) al 4,3%. La spesa complessiva per gli anziani serviti dalla long term care è pari attualmente all'1,7% del Pil, ma nel 2050 l'incidenza potrebbe arrivare al 4%, alla luce delle proiezioni demografiche.

**Il welfare pubblico si è ristretto.** L'allungamento dell'aspettativa di vita, il marcato invecchiamento della popolazione, le previsioni di incremento delle disabilità e del numero delle persone non autosufficienti prefigurano bisogni crescenti di protezione sociale. Negli anni a venire l'incremento della domanda di sanità e di assistenza proseguirà a ritmi serrati. Una domanda che l'offerta pubblica però non potrà soddisfare. "C'è già oggi una domanda inevasa di cure e di assistenza a cui il sistema pubblico non riesce a fare fronte", avverte il Censis. Il 73% delle famiglie italiane ha fatto ricorso almeno una volta negli ultimi due anni a visite specialistiche o a esami diagnostici a pagamento (in intramoenia o presso studi privati). La motivazione principale (per il 75%) sono i tempi inaccettabili delle liste d'attesa. Il 31% delle famiglie ha invece dovuto rinunciare almeno una volta negli ultimi due anni a visite specialistiche, a esami diagnostici o a cicli di riabilitazione. In più, il 72% delle famiglie dichiara che oggi avrebbe difficoltà se dovesse affrontare spese mediche particolarmente impegnative dal punto di vista economico.

**Integrare gli strumenti di welfare pubblici e privati.** "La via dell'integrazione è – secondo il Censis – un'opportunità per soddisfare una domanda che la sola offerta pubblica non è più in grado di coprire". L'Italia resta una delle poche economie avanzate in cui la spesa sanitaria out of pocket intermediata, ovvero gestita attraverso assicurazioni integrative o strumenti simili, si ferma a una quota molto bassa: appena il 13,4% del totale della spesa sanitaria privata a fronte del 43% della Germania, del 65,8% della Francia, del 76,1% degli Stati Uniti. La presenza di operatori privati specializzati e qualificati sia nel campo delle prestazioni sanitarie che dell'assistenza, con servizi resi accessibili attraverso strumenti assicurativi integrativi, permette di fornire servizi più adeguati. Un esempio paradigmatico, secondo il Censis, è quello dell'assistenza domestica tramite badanti a persone anziane o disabili, la cui domanda è decisamente in crescita. Non solo l'Italia è il Paese dell'area Ocse con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili in modo continuativo (il 16,2% della popolazione: il doppio, ad esempio, della Svezia). Ma oggi le famiglie sono in gran parte costrette a reclutare le badanti autonomamente attraverso canali informali, le pagano di tasca propria, con forme diffuse di irregolarità lavorativa, senza garanzie sulla loro professionalità e affidabilità.

**La «white economy», volano per la crescita e l'occupazione.** Da una integrazione degli strumenti di welfare pubblici con il mercato sociale privato, puntando a valorizzare



l'economia della salute, dell'assistenza e del benessere delle persone (la «white economy»), “può scaturire una vera rivoluzione produttiva e occupazionale, utile a risollevare l'Italia dalla prolungata fase di stagnazione”. Secondo il Censis, infatti, “considerato nell'insieme, il sistema di offerta di servizi di diagnostica e cura, farmaci, ricerca in campo medico e farmacologico, tecnologie biomedicali, servizi di assistenza a malati, disabili, persone non autosufficienti genera oggi un valore della produzione di oltre 186 miliardi di euro, pari al 6% della produzione economica nazionale, con una occupazione di 2,7 milioni di addetti”. Questa articolata filiera comprende le attività dei servizi sanitari (110,9 miliardi di euro di produzione e 1,2 milioni di occupati), i servizi di assistenza sociale (21,6 miliardi e 447mila addetti), l'industria farmaceutica (26,6 miliardi e 60mila addetti), la produzione di strumenti biomedicali, elettromedicali, di diagnostica e i relativi servizi (17,6 miliardi e 53mila addetti). Nel cluster va considerato anche il vasto segmento dell'assistenza personale, delle badanti e dell'accompagnamento, che genera 9,4 miliardi di valore con quasi 1 milione di addetti. Tuttavia, manca ancora una matura consapevolezza collettiva. Alla domanda su come si pensa di affrontare in futuro la vecchiaia ed eventuali malattie, il 52,5% degli italiani mostra un atteggiamento fatalista (non ci pensa o rinvia il problema), il 26% conta sui propri risparmi, il 25% si affida al welfare pubblico, l'8% all'aiuto dei familiari e solo il 4% ha stipulato polizze assicurative.

“Appare ormai maturo il tempo di una nuova integrazione tra pubblico e privato, capace non solo di garantire la tutela sanitaria e sociale delle persone, ma anche di favorire la crescita economica, a partire dai territori”, ha detto **Pierluigi Stefanini, Presidente del Gruppo Unipol**. “Se sapremo superare i pregiudizi consolidati, il pilastro socio-sanitario, inteso non più solo come un costo, può divenire una solida filiera economico-produttiva da aggiungere alle grandi direttrici politiche per il rilancio della crescita nel nostro Paese”, ha concluso Stefanini.

“Nei lunghi anni della recessione le famiglie italiane hanno supplito con le proprie risorse ai tagli del welfare pubblico”, ha detto **Giuseppe Roma, Direttore Generale del Censis**. “Oggi questo peso inizia a diventare insostenibile. Per questo è necessario far evolvere il mercato informale e spontaneo dei servizi alla persona in una moderna organizzazione che garantisca prezzi più bassi e migliori prestazioni utilizzando al meglio le risorse disponibili”.

## **Nuovi anticoagulanti orali. Tanti i vantaggi, ma in Italia tante difficoltà di accesso per i pazienti**

*Introdotti di recente anche in Italia, i nuovi anticoagulanti orali sono una vera arma terapeutica nella fibrillazione atriale. Tuttavia le attuali restrizioni normative, peraltro assai difformi sul territorio, pongono forti limiti alla loro prescrizione. Se ne è parlato in un recente convegno promosso dall'Associazione Dossetti*

I nuovi anticoagulanti orali (NAO) rappresentano una vera novità terapeutica nel campo della fibrillazione atriale ed offrono degli obiettivi vantaggi. Ad affermarlo è uno dei maggior esperti del settore, il professor **Raffaele De Caterina**, Ordinario di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Università 'G. D'Annunzio' di Chieti, che non manca però di sottolineare le tante difficoltà di ordine burocratico e normativo con le quali si devono confrontare quotidianamente i medici autorizzati alla loro prescrizione.

“Rispetto all’ipotesi originale – ricorda **De Caterina** – che era quella di sviluppare dei farmaci più comodi per il paziente, fatto di certo utile per il paziente ma non necessariamente vantaggioso per il Sistema Sanitario Nazionale, il dato importante che è emerso dagli studi registrativi è che tutti i NAO riducono le emorragie intracraniche rispetto al warfarin in tutti gli studi di confronto e a tutti i dosaggi utilizzati per i NAO stessi”. Si tratta di un fatto importante, perché un’emorragia intracranica determina una disabilità molto maggiore rispetto all’ictus ischemico che gli anticoagulanti dovrebbero prevenire, e comporta una mortalità almeno tre volte maggiore. Altro aspetto importante è che questo effetto di riduzione dell’emorragia intracranica dei NAO è del tutto indipendente dalla qualità dell’anticoagulazione con il warfarin, che viene usato come controllo, perché si verifica anche nei pazienti che sono stati trattati al meglio della terapia con il farmaco tradizionale. Non solo dunque questi farmaci sono più comodi, ma sono anche molto più sicuri della terapia tradizionale con anti-vitamina K, anche in un sistema ideale che utilizzi al meglio la terapia tradizionale.

Nonostante un loro obiettivo vantaggio in termini di efficacia e di sicurezza, i NAO hanno ancora una scarsa penetrazione in Italia. “L’Italia – afferma **De Caterina** – è il fanalino di coda in Europa occidentale; abbiamo meno pazienti trattati anche rispetto alla Spagna. La rimborsabilità per questi farmaci si è avuta in Italia solo a partire dal 2013, ma sulla loro scarsa penetrazione gioca anche la paura del nuovo, e forse un certo atteggiamento di ostilità da parte dei Centri per la terapia anticoagulante orale (TAO). L’apixaban è stato l’ultimo NAO introdotto in Italia, ed è stato lanciato solo a febbraio. Questo NAO è stato in assoluto quello che ha dimostrato, rispetto al warfarin, il miglior beneficio clinico netto; dallo studio registrativo principale emerge che l’apixaban ha determinato una riduzione del 31% del sanguinamento maggiore; una riduzione del 21% degli ictus per tutte le cause; e una riduzione dell’11% della mortalità”.

L’impiego del warfarin e degli altri anti-vitamina K tradizionali, per il loro costo molto contenuto, di certo determina una spesa minore, ma tutte le analisi costo-efficacia condotte finora dimostrano un risparmio finanziario finale maggiore con i NAO, legato al fatto sia di poter evitare il monitoraggio dell’anticoagulazione e una serie di eventi emorragici importanti, quali le emorragie intracraniche. “E’ dunque più che altro un problema politico – sostiene **De Caterina** – le ASL e il SSN guardano solo alla spesa immediata e non considerano la salute di popolazione come il vero parametro sul quale ci si dovrebbe confrontare. Analogamente, il nostro SSN non considera l’efficacia come uno dei parametri di valutazione, ma solo parametri di efficienza, che non guardano al risultato finale”.

“L’Italia – prosegue **De Caterina** – vive di fatto il paradosso di 21 Sistemi Sanitari differenti; le Regioni infatti si comportano al riguardo in maniera disforme una dall’altra, e anche l’introduzione della rimborsabilità dei NAO è avvenuta in momenti diversi, a macchia di leopardo”. La Sicilia è stata l’ultima regione a introdurli. E non mancano neppure differenze intra-regionali circa le decisioni di chi debba essere abilitato a prescrivere. “Ad esempio – ricorda **De Caterina** – in Trentino Alto Adige c’è il 100% di abilitazione alla prescrizione tra gli appartenenti alle categorie previste (neurologi, internisti, geriatri, cardiologi), mentre in Sicilia è abilitata alla prescrizione solo il 50% di questa popolazione”.

In genere l’individuazione dei prescrittori dei NAO è un processo estremamente complesso

e differenziato sul territorio nazionale. Ciascuna Regione infatti individua i reparti abilitati; i medici di questi reparti devono chiedere al Primario che, a sua volta, deve chiedere al Direttore Sanitario della ASL, l'abilitazione prescrittiva dei suoi dipendenti. “Un esempio delle conseguenze di questo sistema – ricorda **De Caterina** – è che nelle Marche non sono abilitati a prescrivere i cardiologi ambulatoriali, e anche all'interno di una stessa Unità Operativa coesistono situazioni di medici abilitati e altri no; per questo motivo nello stesso ambulatorio un paziente si può trovare un giorno di fronte a un medico abilitato, e un altro giorno di fronte a un medico non abilitato alla prescrizione”.

Le ovvie ricadute di questa situazione sono di una grande eterogeneità di percentuali di prescrizioni sul territorio nazionale. A Catania ad esempio la prescrizione dei NAO è di un sesto rispetto a Taranto. “Tutto ciò – sostiene **De Caterina** – deriva da una legislazione che dal punto di vista della chiarezza è molto deficitaria. Il titolo V della Costituzione, all'articolo 117, specifica che esistono delle aree di legislazione concorrente, quali l'area di tutela della salute, demandata in parte allo Stato e in parte alle Regioni. Le Regioni teoricamente dovrebbero avere la potestà legislativa in materia sanitaria, *salvo che per la determinazione dei principi fondamentali*, che sono invece riservati alla legislazione dello Stato. Si dovrebbe arguire che l'uguale accesso alle cure mediche è, a parità di bisogni, un bene nazionale fondamentale, che dovrebbe essere garantito da parte dello Stato armonizzando le legislazioni regionali. Questo evidentemente non avviene. La situazione attuale è chiara conseguenza di un eccesso del federalismo, nato dalle modifiche del titolo V, che sta producendo un neocentralismo regionale e una crescita esponenziale di contenzioso tra le istituzioni per l'ambiguità della legislazione concorrente. Questo – conclude **De Caterina** – ha finito per ampliare le diseguaglianze tra varie aree del Paese, costringendo a declinare il diritto di cittadinanza in modi estremamente diversi, a seconda della casualità del luogo dove ci si trova a vivere. E' una situazione che trasforma l'appartenenza locale nella fonte primaria del diritto alle risorse. Si tratta evidentemente di qualcosa da correggere al più presto. Desidero ringraziare l'Associazione Dossetti per essersi fatta di recente promotrice di un'iniziativa di alta valenza sociale, costringendo a ragionare, prendendo l'esempio dell'accessibilità ai NAO in Italia, sul problema ancora più generale del diverso e discriminante accesso dei cittadini alla Sanità sul territorio di uno stesso Stato”.

## DOCTORNEWS33

### **Pensioni: medici Ssn diversi dal resto della Pa, possono lavorare anche fino a 70 anni**

La legge 90/2014 impedisce al dipendente della pubblica amministrazione di restare in servizio oltre i limiti d'età; ma l'Inps-ex Inpdap con una circolare distingue i medici dal resto degli amministrativi consentendo anche ai responsabili di struttura complessa di pensionarsi - maturati i contributi - entro i 70 anni. Unica condizione: il trattenimento non deve implicare un aumento dei dirigenti in servizio.

La 183, legge “buona” - Il limite dei 70 anni è stato imposto dalla sentenza 33 del 6 febbraio scorso della Corte Costituzionale: il legislatore deve tenere conto che per tutti gli italiani l'anzianità contributiva si è elevata dai 40 anni di servizio effettivo previsti dalla legge

183/2011 agli attuali 42 anni e 3 mesi previsti per i contribuenti e 41 anni e 3 mesi per le contribuenti. La Consulta conferma la legge 183 del 2011 che per il pensionamento d'ufficio impone il compimento dell'anzianità di servizio in termini di contributi effettivi. Per la cronaca, la 183 "elimina" la legge precedente 102/09, che consentiva all'ospedale di "esodare" i medici con 40 anni di contributi inclusivi degli anni di laurea, teoricamente prima del raggiungimento dei limiti d'età e anche dei 62 anni, età al di sotto della quale oggi iniziano le penalizzazioni sull'assegno pensionistico.

I colpi di spada - Sull'impianto della legge 183 sono intervenuti due colpi di spada. Nel 2013, il decreto legge salva precari 101 ai commi 5 e 6 ha previsto che i dipendenti PA maturata l'anzianità di servizio siano collocabili a riposo raggiunto il limite d'età (l'attuale, per via del progressivo innalzamento, è 66 anni e 3 mesi). Come corollario, a giugno di quest'anno con il decreto legge 90 è stato abolito il trattenimento in servizio: da novembre 2014 i dipendenti PA, raggiunti i requisiti per l'accesso alla pensione, non potranno stare altri due anni per maturare i requisiti pensionistici. Ma per i medici Ssn c'è un'eccezione. Il parere - «La posizione ex Inpdap è condivisibile. Non può essere impedito al medico di raggiungere almeno l'anzianità contributiva senza penalizzazioni (62 anni) ed è consentito restare fino a 70 anni in mancanza di requisiti», commenta Giorgio Cavallero vicesegretario Anaa Assomed. «Inoltre resta operativa, e non è stata abrogata, la legge 183/10 che consente la permanenza fino al 40° anno di servizio effettivo. Ricordiamo che la "rottamazione" non è obbligatoria, in quanto le aziende possono, ma non devono risolvere il rapporto di lavoro. Solo dopo il 65° anno, ed esauriti i 40 anni di servizio effettivo, le amministrazioni devono licenziare (applicazione legge 125/13). Speriamo che le amministrazioni non siano avventate e ricordino che la 183/2010 è tuttora vigente e che i contratti individuali in essere vanno onorati. In uno stato di diritto non si interrompono i rapporti di lavoro unilateralmente».

## **Falsi medici, Conte (Fnomceo): fondamentale inasprire sanzioni**

Carcere fino a due anni, confisca dei beni strumentali e multe fino a 50mila euro. A prevederlo per i falsi medici e i falsi dentisti il testo sull'abusivismo sanitario approvato dal Senato e appena approdato alla Commissione Giustizia della Camera. Che l'abusivismo sia un fenomeno diffuso e preoccupante, del resto, lo confermano i numeri forniti dalla Fnomceo. Il 50% delle segnalazioni alle autorità giudiziarie per esercizio abusivo della professione si riferisce appunto a medici e odontoiatri. Una minaccia per la sicurezza dei pazienti, ma anche un importante danno economico per le casse dello Stato e per le casse previdenziali, con un rischio stimato in circa 17 milioni di euro. Ed è a partire da questi numeri che i medici auspicano che il testo arrivi al traguardo senza stravolgimenti. «Quello dell'abusivismo è un problema emergente, per questo il testo della proposta di legge è particolarmente apprezzabile e non deve essere stravolto dal passaggio alla Camera, in particolare nei tentativi di ridurre l'inasprimento delle sanzioni» commenta il segretario generale Fnomceo Luigi Conte. Oltre all'inasprimento delle pene poi c'è anche il capitolo della confisca dei beni strumentali. «Un altro intervento dal quale non si può prescindere» secondo Conte «in particolare per gli odontoiatri». L'atto, assegnato alla commissione Giustizia in sede referente, che non ha ancora avviato però la discussione, prevede pene anche in caso gli abusivi siano nelle professioni sanitarie e la reclusione fino a quattro anni nel caso di lesioni gravissime provocate alla persona.

## **Polizza assicurativa obbligatoria, Cimop: discriminazione verso ospedalità privata**

Una discriminazione nei confronti dei medici che operano nelle strutture private: è quanto denuncia la Cimop (Confederazione italiana medici ospedalità privata), riferendosi alle diverse norme stabilite nell'ambito del contenzioso medico. «Nel pubblico – rileva infatti la Cimop - se il medico sbaglia risponde la struttura per gran parte dell'ammontare del risarcimento, mentre il professionista che opera nella struttura privata è abbandonato al suo destino con la beffa che deve anche pagarsi l'assicurazione "obbligatoria". Destino amaro che vede sempre più assottigliarsi i compensi, aumentare le responsabilità e con la beffa di doversi sobbarcare di un onere economico gravosissimo, l'assicurazione obbligatoria, che non può che portare all'abbandono di aree di assistenza da parte dei medici oberati da enormi costi assicurativi».

In particolare, i medici dell'ospedalità privata contestano «l'incredibile interpretazione politica della questione da parte del ministro Beatrice Lorenzin» che, dopo aver concesso una prima proroga all'obbligo di assicurazione dei medici (pubblici e privati), ha ora stabilito che «l'obbligo che scatterà il prossimo 14 agosto non si applica ai medici dipendenti pubblici del Ssn e sono state introdotte misure per istituire un fondo che supporterà i professionisti sanitari nel pagamento dei premi assicurati, in particolare nei casi in cui i premi siano di ammontare elevato a causa del notevole livello di rischio dell'attività svolta dal professionista».

Il segretario nazionale Cimop **Fausto Campanozzi** annuncia una «battaglia di giustizia» e rileva che la discriminazione in atto si fa ancora più lampante se si considera il fatto che la disciplina ministeriale assimila nella proroga all'obbligatorietà assicurativa anche i medici convenzionati, lasciando fuori «la solita cenerentola della Sanità nazionale», quella privata. Intanto, in Italia, il contenzioso è cresciuto tra il 200% e il 500% e il Cimop chiede una disciplina che tuteli tutti medici e riconduca il fenomeno a dimensioni fisiologiche.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **L'omnibus Lorenzin si fa in due. La commissione Igiene e Sanità del Senato propone lo stralcio di 17 articoli (su 26)**

Sta per essere diviso il Ddl omnibus di Beatrice Lorenzin. Da una parte gli attuali articoli fino all'8 e il 10, che sono quelli in cui si tratta della sperimentazione clinica, dell'aggiornamento dei Lea sul dolore nel parto e della maxi-riforma attesa da anni delle professioni sanitarie con le norme sugli Ordini dei medici, dei biologi, degli psicologi, la costituzione degli Ordini (tre) per le professioni sanitarie e poi gli articoli sull'abusivismo (sul quale tuttavia c'è un provvedimento all'esame della Camera e già approvato dal Senato **VEDI**), le farmacie e la dirigenza sanitaria del ministero della Salute

L'altra metà del testo è quella che contiene l'articolo 9 di delega al Governo per l'adozione di un testo unico della normativa vigente sugli enti vigilati dal Ministero della salute e poi tutti quelli sulla salute animale, la sicurezza alimentare e la sicurezza veterinaria e per la prevenzione, quella del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica e dai rischi connessi all'uso di sigarette elettroniche e sanzioni per vendita e uso scorretto. A questi si aggiunge l'articolo sui divieti di mutilazioni.

A formalizzare la decisione «in base all'orientamento unanime manifestato dai Gruppi» è stata la presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato Emilia Grazia De Biasi, annunciando - nella prima riunione in sede referente dopo la raffica di audizioni sul tema delle scorse settimane ([VEDI](#)) che la decisione, sarà sottoposta all'Assemblea e «verrà formalizzata a tempo debito».

La scelta, già annunciata da tempo ([V. IL SOLE-24 ORE SANITA' n. 13/2014](#)), è stata fatta soprattutto per separare il dibattito sulla riforma degli Ordini e delle professioni sanitarie dalle altre materie. Sono agganciati al Ddl [1324](#) (Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale) infatti altri sei Ddl su questa materia:

([154](#)) Laura BIANCONI e D'AMBROSIO LETTIERI. - Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione

([693](#)) MANDELLI e D'AMBROSIO LETTIERI. - Modifiche all'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265

([725](#)) D'AMBROSIO LETTIERI ed altri. - Riordino della disciplina degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie

([818](#)) Annalisa SILVESTRO ed altri. - Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo, di odontoiatra, di medico veterinario, di farmacista e delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251

([829](#)) BIANCO ed altri. - Norme in materia di riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo e di odontoiatra, di medico veterinario e di farmacista e istituzione degli ordini e degli albi delle professioni sanitarie

([833](#)) D'ANNA. - Ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo

Nel breve dibattito che ha premesso la comunicazione della presidente i deputati (Laura Bianconi, Ncd e Manuela Granaiola, Pd), hanno sottolineato che di fatto l'argomento centrale del Ddl 1324 che fa da testo base è quello delle professioni sanitarie, per dare risposta a una richiesta di riconoscimento giuridico in pista da molto tempo e su cui finora i tentativi di riforma delle passate legislature non sono andati a buon fine per «ipotetici impedimenti derivanti dal diritto europeo» che in realtà, hanno sottolineato, sono insussistenti «considerata la peculiarità degli operatori del settore sanitario, ben conosciuta e valorizzata anche a livello comunitario».

## **GIURISPRUDENZA Cassazione Nel valutare i danni va considerata la mancata collaborazione alle cure del paziente**

Il paziente deve collaborare alla cura. Nella valutazione dei danni, il giudice deve analizzare le conseguenze in termini di minore o diverso danno, nel caso in cui il paziente si fosse rigorosamente attenuto alle prescrizioni e raccomandazioni dei sanitari. Inoltre, deve valutare la posizione di tutti coloro che, a vario titolo, hanno partecipato al percorso di cura motivando, se necessario, le circostanze che hanno determinato una dichiarazione di non

responsabilità di qualcuna delle posizioni coinvolte.

Con questa motivazione, la Cassazione civile con sentenza n. 13055/2014, sezione lavoro, ha rinviato alla Corte d'appello di Roma per una nuova valutazione, la controversia che vedeva opposto un militare e la sua famiglia al ministero della Difesa, all'Asl e ai medici che lo ebbero in cura nell'infermeria della Caserma di Viterbo dove svolgeva servizio.

Il militare lamentava la mancata diagnosi di una appendicite, nonostante si fosse rivolto per ben tre volte al medico della caserma e una quarta presso il pronto soccorso dell'Ospedale di Viterbo. Solo una volta giunto alla residenza di famiglia, gli veniva diagnosticata una «peritonite da appendice acuta gangrenosa» e veniva sottoposto a immediato intervento chirurgico. Per l'operazione era stato ricoverato in rianimazione in imminente pericolo di vita dove vi stazionò per un mese e mezzo. Era emerso però che nel corso dell'intervento, l'anestesista non aveva posizionato il sondino naso-gastrico per svuotare lo stomaco prima di indurre l'anestesia. Da qui il ricorso in Cassazione da parte del ministero e del medico della Caserma.

La sostanza delle doglianze riguardavano proprio il possibile aggravamento del rischio a opera del militare che non si era attenuto, scrupolosamente, alle indicazioni di uno dei sanitari che gli avevano consigliato una visita di controllo, rimasta disattesa. Al secondo accesso in infermeria, gli venne anche raccomandato di presentarsi al pronto soccorso per ogni minimo acuirsi della sintomatologia dolorosa, indicazione anch'essa disattesa dal momento che il militare partì alla volta della casa dei genitori.

Anche il comportamento non aderente alle indicazioni andava certamente valutato, afferma la sentenza, onde verificare se un comportamento più collaborativo e responsabile del paziente avrebbe potuto evitare i danni subiti o comunque ridurli, anche in termini di concorso di colpa ex art. 1227 Cc, comma 1.

Pure la mancata valutazione del comportamento dell'anestesista è stata dovuta, secondo il giudice di prime cure, al fatto che l'errore era addebitabile al quadro di estrema urgenza in cui si svolse l'intervento. Tesi ritenuta non adeguatamente motivata dalla Cassazione, secondo la quale «non si può dare per scontato che in un ospedale pubblico, evidentemente attrezzato in via ordinaria per interventi di urgenza possa avvenire un errore che appare - in mancanza di ulteriori approfondimenti fattuali - non così facilmente scusabile e ridimensionabile».

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584