

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDÌ 11 SETTEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI ASL Giannico mette in campo cinque nuovi primari

Conclusa l'attività della Direzione aziendale Asl per l'identificazione dei direttori di alcune strutture di Sassari e Alghero. «Abbiamo rafforzato l'assetto organizzativo – spiega soddisfatto Marcello Giannico –. Il conferimento degli incarichi rientra negli obiettivi strategici per valorizzare le professionalità interne». Alla guida dell'Unità operativa di Anestesia e Rianimazione dell'ospedale civile di Sassari è stato nominato Guglielmo Vincenzo Padua, specializzato in Anestesiologia, Rianimazione, Cardiologia, Tisiologia e Cardiochirurgia, lavora alla Asl di Sassari dal 1976. Nel segno della continuità è l'incarico di direzione della Struttura complessa di oncologia medica del presidio ospedaliero di Sassari affidato da Marcello Giannico a Antonio Pazzola già dirigente medico responsabile del reparto di degenza e dell'annesso day-hospital dell'unità operativa. Specializzato in cardiologia e oncologia medica lavora alla Asl di Sassari dal 1993. Giannico ha nominato anche il nuovo direttore del servizio Immunotrasfusionale del Santissima Annunziata. Mario Manca, specializzato in medicina trasfusionale, lavora alla Asl di Sassari dal 1980. A dirigere il Pronto Soccorso e Osservazione Breve del Presidio Ospedaliero di Alghero è stato nominato Angelo Venditti, dal 2012 responsabile protempore della struttura. Specializzato in cardiologia Venditti, classe 1960, lavora al Civile di Alghero dal 1993. Giorgio Norcia è stato infine nominato alla direzione della struttura complessa di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Alghero. Classe 1964, è specializzato in Chirurgia Generale, Laparoscopica, Mininvasiva e Epatica. Ha iniziato la sua attività nel 1990 alla Chirurgia del Santissima Annunziata di Sassari.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Blocco contratti Pa. Troise (Anaao): “Serve una mobilitazione unitaria della sanità”

Questa la proposta del segretario del sindacato dei medici ospedalieri: "Occorre

difendere non tanto e non solo dei livelli retributivi, ma il ruolo sociale e la dignità del lavoro svolto dai suoi professionisti". Il Governo è obbligato a riprendere l'attività negoziale, con il finanziamento che riterrà adeguato.

“Peggio il tappo del buco. Il Governo reagisce alla protesta montante contro la ennesima proroga di un blocco salariale quinquennale nel pubblico impiego dichiarandosi sorpreso, perché il blocco dei contratti era nel Def. Ma dimenticate smentite stizzite di aprile e, nello stesso tempo, ricorda a tutti che in quel testo c'è scritto che il blocco dura fino al 2018”.

È quanto afferma il Segretario Nazionale dell'Anaa Assomed, **Costantino Troise**, secondo il quale “bisognerebbe mettere all'ordine del giorno una mobilitazione unitaria di tutto il mondo della sanità, in difesa non tanto e non solo dei livelli retributivi, ma del ruolo sociale e della dignità del lavoro svolto dai suoi professionisti”.

“Il Ministro degli Interni riconosce legittime le richieste avanzate dalle forze dell'ordine ed annuncia che i soldi ci sono per gli statali in divisa – ha dichiarato Troise - mentre il Ministro della salute tace, convinto, forse, di avere esaurito il suo compito con il patto della salute e la nomina del nuovo Css, invece di farsi portavoce della sofferenza in crescendo degli statali in camice, rappresentandone i sacrifici, la specificità, la professionalità e la abnegazione. Magari ricordando al Governo che rispetto alla Germania, odierno modello di riferimento, spendiamo ogni anno 7 miliardi in più per la sicurezza e 20 in meno per la sanità, e con risultati non inferiori. E che nella gerarchia dei valori dei cittadini la salute è ai primi posti. E che la abolizione del blocco retributivo per la sanità, che è l'unico settore del pubblico impiego che non ha scatti di anzianità, è a costo zero per i bilanci pubblici. Il tormentone dei sacrifici per il pubblico impiego – ha aggiunto – non può valere solo per la sanità ed i ministeriali. Sarà anche vero che nella pubblica amministrazione “c'è grasso che cola”, ma compito del Governo è indicare dove è il grasso e dove cola. Ed anche tagli semi-lineari dovrebbero avere ben presente la differenza tra un defibrillatore ed un F35.

Le politiche di compressione delle retribuzioni e delle dinamiche contrattuali, ricorda il segretario dell'Anaa, stanno erodendo la quantità e la qualità dei servizi sanitari, demotivando ed umiliando chi tiene aperti i cancelli della “fabbrica sanità” garantendo la salvaguardia di un bene prezioso come la salute, tutti i giorni e tutte le notti, come le forze di polizia. Il risultato è un impoverimento della sanità pubblica che 80 euro non basteranno a compensare ed il rischio di compromettere la natura pubblica del sistema.

Se il Governo, come dice, vuole procedere nella riforma della pubblica amministrazione (salario, efficienza, merito) è obbligato a riprendere l'attività negoziale, con il finanziamento che riterrà adeguato: “ Questa è la fisiologia, come afferma la stessa Corte dei Conti. Contro la patologia – ha concluso – dovremo mettere all'ordine del giorno una mobilitazione unitaria di tutto il mondo della sanità, in difesa non tanto e non solo dei livelli retributivi, ma del ruolo sociale e della dignità del lavoro svolto dai suoi professionisti”.

Spending review. Assobiomedica: "Ulteriori tagli segnerebbero la fine dell'universalità del Ssn"

Rimondi: "No a un impoverimento della qualità delle prestazioni e dei servizi. Gli operatori sanitari devono essere messi in condizione di lavorare con strumenti adeguati, senza mettere a rischio la sicurezza dei pazienti".

"I dati sconcertanti anticipati da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato non fanno che confermare il progressivo impoverimento del nostro Servizio sanitario in termini di qualità e sicurezza delle prestazioni e di tempi di accesso alle cure. È ancor più scoraggiante constatare poi che, con le misure adottate negli ultimi anni, non si sono eliminati né sprechi né inefficienze, andando invece verso un'inappropriatezza delle prestazioni offerte". Questo il commento del Presidente di Assobiomedica, **Stefano Rimondi**, sull'ipotesi di una nuova spending review in Sanità e sulle conseguenze delle precedenti manovre, anticipate oggi da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.

"Se il 72% dei professionisti sanitari - ha dichiarato il Presidente Rimondi facendo riferimento ai dati anticipati da Cittadinanzattiva - denuncia una riduzione della qualità dei servizi offerti ai cittadini significa che le politiche di acquisto messe in atto negli ultimi anni, con gare al massimo ribasso, non sono la scelta appropriata per un sistema come quello sanitario che ha bisogno di prodotti innovativi e di qualità per curare i pazienti e salvare vite umane. E gli operatori sanitari devono essere messi in condizione di poter lavorare con professionalità e con strumenti adeguati, senza mettere a rischio la sicurezza dei pazienti".

"Concordiamo con il Ministro Lorenzin che se vi fossero ulteriori tagli assisteremmo a una lenta e inesorabile cancellazione del carattere universale del servizio sanitario nazionale, fiore all'occhiello della Sanità italiana, rischiando di ledere lo stesso principio costituzionale del diritto alla salute e di costringere i cittadini a curarsi all'estero presentando comunque, con la mobilità transfrontaliera, il conto allo Stato stesso".

Legge di stabilità. Vargiu (SC): "Senza cultura misurazione in sanità rischio tagli lineari"

Per il presidente della commissione Affari Sociali della Camera, un Paese che non possiede un vero sistema di valutazione d'impatto (HTA) in sanità ed è "nemico" delle centralizzazioni degli acquisti e degli appalti, "non si capisce come possa realizzare risparmi".

"Il sottosegretario Legnini sostiene che i risparmi in sanità non taglieranno le prestazioni, ma ridurranno il costo dei servizi. E' davvero difficile capire come possano essere realizzati questi risparmi in un Paese che stenta a riconoscere la cultura della misurazione, che non possiede un vero sistema di valutazione d'impatto (HTA) in sanità ed è nemico delle centralizzazioni degli acquisti e degli appalti". Lo ha dichiarato il presidente della Commissione Sanità di Montecitorio, **Pierpaolo**

Vargiu (SC).

"Il rischio è invece quello dei tagli lineari, che spazzerebbero via servizi al cittadino (e non 'costi') e penalizzerebbero soprattutto chi è già stato virtuoso nella spesa.

Riuscire a fare vera "spending review" in sanità è invece fondamentale per contribuire a trovare nuove risorse economiche che aiutino a presidiare i nuovi diritti di salute dei cittadini italiani, che rischiano altrimenti di restare tragicamente senza risposta", ha concluso Vargiu.

SOLE 24ORE SANITA'

La grande crisi e le politiche sanitarie in Europa: cosa hanno fatto i Paesi Ue e la ricetta degli esperti

Non c'è gestione della crisi che tenga, senza un chiaro disegno politico capace di guidare le scelte di economia sanitaria. Né le ricette di crudi tagli arrivate dall'esterno (leggi troika) in questi anni, per raddrizzare la schiena a Paesi al collasso, si sono rivelate davvero benefiche per la salute dei cittadini e per definizioni di strategie di ampio respiro. È lapidario il giudizio contenuto nel policy summary "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy", redatto da un gruppo di esperti dell'Oms Europa e dell'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitari.

Lo studio considera l'impatto della crisi che dal 2008 ha cambiato la stessa prospettiva con cui l'Europa guardava alle priorità sanitarie: dalle preoccupazioni per gli anni a venire, a cominciare dall'invecchiamento della popolazione, alla sostenibilità dei sistemi nazionali nell'immediato. Non tutti, certo, hanno risentito dell'onda d'urto. Ma la ricerca - che prende in considerazione due step successivi di indagine, conclusi il primo a marzo 2011 e il secondo alla fine del gennaio 2013 e si focalizza sui casi studio Estonia, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lituania e Portogallo - dimostra che la crisi ha comportato in tutti i Paesi più colpiti un immediato calo del Pil e soprattutto alti tassi di disoccupazione, che inevitabilmente hanno impattato sull'accesso ai servizi sanitari. La scelta di politiche di spesa pubblica anticiclica per tutelare la domanda e le prerogative della società non è avvenuta ovunque: tra 2008 e 2012 il pro capite è calato a Cipro, nella Repubblica Ceca, in Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Romania e Regno Unito. In Italia, il calo si è registrato nel 2011 e 2012.

Nei Paesi in cui i tagli sono stati imposti dall'esterno, dove sono mancate leadership e vision forti, dove l'accesso universale all'assistenza sanitaria è rimasto collegato non al criterio della residenza ma ai contributi versati dai lavoratori (con la conseguenza che una volta perso l'impiego si esce drammaticamente anche dal sistema di welfare), dove le politiche fiscali hanno continuato a colpire indiscriminatamente le categorie più fragili e dove si è proceduto a tagli lineari senza puntare sull'efficienza, la crisi ha picchiato duro. I primi effetti sono soprattutto sulla salute mentale della popolazione:

«l'evidenza – si legge nel report – generalmente suggerisce che disoccupazione e incertezza finanziaria aumentano il rischio di disagio mentale». Per non parlare dei suicidi, il cui trend dopo anni di calo è tornato a crescere in più d'un Paese. Anche se i veri effetti devono ancora venire: con ogni probabilità - è il monito - l'aumento della spesa out of pocket o il rinvio delle scelte di cura da parte delle famiglie mostreranno conseguenze visibili sulle finanze e sulle condizioni generali di salute solo nei prossimi anni.

Non mancano però gli strumenti per provare a tracciare un futuro più roseo: intanto nel report si legge l'avvertenza, ai politici, di dotarsi di affidabili sistemi di analisi e di gestione dei sistemi sanitari. Perché solo così sono pensabili strategie efficaci e di lungo raggio. Poi, serve investire su misure che taglino gli sprechi e aumentino l'efficienza, come le scelte che nella farmaceutica promuovono i prodotti equivalenti o le riorganizzazioni strutturali che puntano sulla ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera e su una presa in carico efficace della cronicità. Anche l'Italia è avvertita.

Cittadinanzattiva: «spending in sanità ha già fatto danni». **Assobiomedica «Basta tagli o sarà la fine del Ssn»**

La politica degli ultimi anni ha martoriato la sanità italiana. Lo dice a chiare lettere l'anticipazione della survey - che sarà presentata per intero a dicembre - sugli effetti della spending review in sanità, realizzata da Cittadinanzattiva -Tribunale per i diritti del malato. Tra tagli alle risorse e ai servizi, peso di ticket e tasse, blocco del turn over, promosse disattese di rilancio del territorio, i cittadini fanno sempre più fatica a curarsi. E la situazione è peggiorata nelle aree già in crisi del Paese. «Il nodo vero oggi non è quanto spendiamo, ma come spendiamo e come amministriamo i servizi», è il pensiero di Tonino Aceti, coordinatore nazionale dell'associazione, «In questo senso, la spending review che ci aspettiamo dovrebbe, ad esempio, aggredire le esistenti duplicazioni di centri decisionali, funzioni e strutture: assorbono risorse impropriamente e penalizzano l'equità di accesso alle cure per i cittadini».

Qualità dei servizi a rischio. I primi dati dicono che: sicurezza, qualità, tempi di accesso alle cure sono già stati compromessi dalla spending review precedente e dalle successive manovre finanziarie. L'indagine è stata realizzata nel periodo maggio/giugno 2014 e ha raccolto il punto di vista di un campione di 1.438 professionisti della salute appartenenti a 15 organizzazioni di professionisti della sanità. Per oltre l'81% del campione intervistato, i tagli previsti dalle norme che si sono succedute nel tempo impattano molto sul proprio operato quotidiano, soprattutto nei casi dell'infermiere (87,6%), del chirurgo (82,3%) e del medico di laboratorio (84,1%).

Ma il punto di vista dei professionisti appare decisamente preoccupante: il 72% dei professionisti conferma che è in atto una vera e propria riduzione della qualità dei servizi; il 65,3% rileva un forte aumento dei tempi di attesa e il 61,7%, un marcato aumento dei rischi per la sicurezza.

La reazione di Assobiomedica. La survey Tdm sugli effetti della spending review

sul sistema sanitario ha scatenato diverse reazioni, in primis quella di Assobiomedica, che ha contribuito alla sua realizzazione. Per il presidente Stefano Rimondi: «I dati sconcertanti non fanno che confermare il progressivo impoverimento del nostro servizio sanitario in termini di qualità e sicurezza delle prestazioni e di tempi di accesso alle cure». In definitiva però, Assobiomedica - che pure evidenzia il dato drammatico legato alle dichiarazioni critiche sulla qualità dell'offerta dei servizi sanitari da parte del 72% degli operatori intervistati - esorta il Governo a un cambio di rotta sul rigore: «Concordiamo con il Ministro Lorenzin che se vi fossero ulteriori tagli assisteremmo a una lenta e inesorabile cancellazione del carattere universale del servizio sanitario nazionale, fiore all'occhiello della Sanità italiana, rischiando di ledere lo stesso principio costituzionale del diritto alla salute e di costringere i cittadini a curarsi all'estero presentando comunque, con la mobilità transfrontaliera, il conto allo Stato stesso».

Medicina convenzionata: ripartono le trattative

Appuntamento alla Sisac per riprendere i lavori del tavolo delle trattative per il rinnovo dell'accordo nazionale sulla medicina convenzionata. Le Regioni sono chiamate a confrontarsi con Governo e sindacati per sviluppare un assetto dell'assistenza e delle cure primarie, che come ha ribadito Sergio Chiamparino, presidente della conferenza delle Regioni e delle Province autonome, deve essere «in linea con quanto stabilito dal Patto della Salute e ancora più rispondente alle esigenze del territorio e dei cittadini. Un obiettivo che deve avvalersi anche dei risultati di un confronto aperto con le organizzazioni sindacali».

Un passaggio importante. Per questo motivo - ha poi spiegato il Presidente del Comitato di settore del comparto Regioni Sanità, Claudio Montaldo, «Si tratta di un passaggio importante - ha aggiunto Montaldo che ha seguito per le Regioni la definizione dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata - anche per dare piena attuazione a quanto concordato con il Governo nel Patto per la Salute 2014-2016 in materia di assistenza territoriale e per la definizione del nuovo modello di cure primarie».

Positiva la reazione della Fimmg, «Prendiamo atto con piacere delle dichiarazioni e dei propositi del nuovo presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, Sergio Chiamparino e del presidente del comitato di settore del comparto Regioni Sanità, Claudio Montaldo», ha dichiarato Giacomo Milillo, che conferma la volontà della federazione a contribuire attivamente al rinnovo dell'accordo sulla medicina convenzionata « per la costruzione di una nuova convenzione che sia fondamento di un vero cambiamento della medicina generale, passaggio irrinunciabile per il potenziamento dell'assistenza primaria e la sostenibilità stessa del Servizio sanitario nazionale». Il presidente Montaldo ha assicurato che «I lavori del tavolo procederanno in maniera serrata» e che il confronto con i sindacati procederà «su ogni parte dell'articolato per arrivare in tempi brevi alla sottoscrizione del nuovo Accordo con i medici di base, i pediatri e gli specialisti ambulatoriali. Siamo di fronte ad una sfida e ad un impegno per garantire ai cittadini un' assistenza sanitaria più

adeguata e servizi più efficienti».

Influenza stagionale, le raccomandazioni del ministero

"Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2014-2015". Arriva puntuale con l'imminenza dell'autunno la [circolare](#) del ministero della Salute - messa a punto dalla Dg Prevenzione - con le informazioni sulla sorveglianza epidemiologica e virologica dell'anno passato e con le raccomandazioni per far fronte al virus che verrà, attraverso misure di igiene e protezione individuale e la vaccinazione.

L'influenza è una malattia che ricorre in ogni stagione invernale; può avere un andamento imprevedibile e, ogni anno, impegna importanti risorse del Ssn. La scorsa stagione influenzale è stata "lieve", il che - avvertono dal ministero - non deve far abbassare la guardia e non significa farsi trovare impreparati nel caso di una prossima stagione influenzale ad alta incidenza.

L'offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale è indirizzata prioritariamente alle donne che si trovino nel 2° e 3° trimestre di gravidanza, a tutti i soggetti a rischio di complicanze per patologie pregresse o concomitanti, ai soggetti di età pari o superiore ai 65 anni, agli operatori sanitari che hanno contatto diretto con i pazienti e ad altri soggetti a rischio il cui elenco è contenuto nella circolare.

DOCTOR33.IT

Responsabilità medici, Aceti (Tdm): più tutele con “scatole nere” in sala operatoria

«La revisione della normativa sulla responsabilità professionale non può non considerare, anche alla luce del recente caso di malasanità verificatosi a Potenza, l'opportunità che si introducano le “scatole nere” nelle sale operatorie». Ne è convinto **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato, convinto che un dispositivo di questo genere «possa tutelare sia il medico sia il paziente». Secondo Aceti una normativa di questo tipo non può preoccuparsi solo della responsabilità ma deve avere al centro anche aspetti come «prevenzione, gestione del rischio e sicurezza dei cittadini». È proprio in quest'ottica che l'utilizzo della scatola nera, spiega Aceti «può garantire la ricostruzione di quello che è successo in sala operatoria a tutela dei cittadini ma anche dei professionisti. In più può essere utile anche per la formazione dei giovani chirurghi ai quali si può riproporre lo svolgimento dei fatti a scopo formativo». Ma i vantaggi garantiti dalla scatola nera non finiscono qui, secondo il coordinatore Tdm «una modalità di questo tipo potrebbe anche ridurre le liti temerarie, cioè le azioni pretestuose avanzate dagli avvocati e dare una risposta concreta al caro assicurazioni». Ma non basta la scatola nera a risolvere tutti i casi di malasanità per questo da Aceti arriva un monito agli ordini professionali, ai quali si chiede «un ruolo più forte e coraggioso». Il caso della

71enne rimasta uccisa a Potenza durante un intervento chirurgico ha fatto emergere «un corporativismo, sul quale l'Ordine deve intervenire perché sia rispettato il codice deontologico». Il coordinatore Tdm, infine, chiede alle Direzioni generali delle Asl di essere più solerti negli interventi. «Una struttura come quella di Potenza» spiega «a guardare i dati Agenas presenta esiti nettamente al di sotto della media italiana. In casi come questi, perciò, a fronte di dati oggettivi, la Direzione generale deve prendere provvedimenti».

Blocco salari, Anaa: verso una mobilitazione unitaria

Il Governo reagisce alla protesta montante contro l'ennesima proroga di un blocco salariale quinquennale nel pubblico impiego dichiarandosi sorpreso, perché il blocco dei contratti era nel Def. Ma dimentica, le smentite stizzite di aprile e, nello stesso tempo, ricorda a tutti che in quel testo c'è scritto che il blocco dura fino al 2018. Lo afferma in una nota il Segretario Nazionale dell'Anaa Assomed **Costantino Troise** che sottolinea come mentre «il Ministro degli Interni riconosce legittime le richieste avanzate dalle forze dell'ordine e annuncia che i soldi ci sono per gli statali in divisa» quello della Salute «tace, convinto, forse, di avere esaurito il suo compito con il patto della salute e la nomina del nuovo Ciss, invece di farsi portavoce della sofferenza in crescendo degli statali in camice, rappresentandone i sacrifici, la specificità, la professionalità e la abnegazione. Magari ricordando al Governo che rispetto alla Germania, odierno modello di riferimento, spendiamo ogni anno 7 miliardi in più per la sicurezza e 20 in meno per la sanità, e con risultati non inferiori. E che nella gerarchia dei valori dei cittadini la salute è ai primi posti. E» continua Troise «che l'abolizione del blocco retributivo per la sanità, che è l'unico settore del pubblico impiego che non ha scatti di anzianità, è a costo zero per i bilanci pubblici. Il tormentone dei sacrifici per il pubblico impiego non può valere solo per la sanità e i ministeriali. Sarà anche vero che nella pubblica amministrazione “c'è grasso che cola”, ma compito del Governo è indicare dove è il grasso e dove cola. Ed anche tagli semi-lineari dovrebbero avere ben presente la differenza tra un defibrillatore e un F35. Le politiche di compressione delle retribuzioni e delle dinamiche contrattuali stanno erodendo la quantità e la qualità dei servizi sanitari» prosegue la nota Anaa «demotivando e umiliando chi tiene aperti i cancelli della “fabbrica sanità” garantendo la salvaguardia di un bene prezioso come la salute, tutti i giorni e tutte le notti, come le forze di polizia. Il risultato è un impoverimento della sanità pubblica che 80 euro non basteranno a compensare e il rischio di compromettere la natura pubblica del sistema. Se il Governo» conclude Troise «vuole procedere nella riforma della pubblica amministrazione (salario, efficienza, merito) è obbligato a riprendere l'attività negoziale, con il finanziamento che riterrà adeguato. Questa è la fisiologia, come afferma la stessa Corte dei Conti. Contro la patologia dovremo mettere all'ordine del giorno una mobilitazione unitaria di tutto il mondo della sanità, in difesa non tanto e non solo dei livelli retributivi, ma del ruolo sociale e della dignità del lavoro svolto dai suoi professionisti.

DIRITTO SANITARIO Responsabilità medica: decreto Balducci non trova sempre applicazione

La nuova previsione introdotta dal cd. decreto Balducci, incentra sulla colpa lieve del sanitario un'ipotesi che ne esclude la responsabilità penale; ma - secondo la puntualizzazione già operata dalla stessa Corte di Cassazione - solo per i comportamenti imperiti e non anche per quelli negligenti. Sicchè, non è possibile, oggi, richiamare la linea interpretativa espressa in altre pronunce (ad esempio dalla sentenza Di Lella), pretendendo di conseguire in forza di questa gli effetti previsti dal c.d. D.L. Balducci senza che sussistano tutti gli elementi della fattispecie delineata dal legislatore. La Suprema corte ha quindi evidenziato la correttezza della decisione assunta dai giudici d'Appello, ascrivendo il comportamento del medico al novero delle condotte negligenti con conseguente esclusione dell'applicazione dell'art. 3 decreto Balducci.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza

ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584