

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 12 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

Mater Olbia, stretta finale la soluzione è a un passo Cappellacci posta su Facebook un articolo del Gulf Times: ecco la prova della fuga **Pigliaru più ottimista: andiamo avanti ed è quasi fatta, serve un po' di pazienza**

Il vero nemico del Mater Olbia è la burocrazia. La trattativa per l'ultimo sospirato via libera va avanti, ma al moviolone. Gli ultimi accordi per l'acquisto dei terreni intorno all'ospedale stentano ad arrivare. Anche se voci riservate confermano che il numero un della Qatar foundation, Lucio Rispo, lavora in queste ore per trovare una soluzione. E la svolta sembra essere vicinissima. Rispo era a Cagliari e ha avuto contatti per tutta la giornata con Regione, Comune di Olbia e Palazzo Chigi. Il presente dell'investimento sembra quasi un paradosso. Il governo attraverso il Cipe stanziava 129 milioni di euro per sostenere l'investimento del Qatar da 1,2 milioni. L'ex governatore Ugo Cappellacci sostiene che l'emiro va via destinazione Londra. L'attuale presidente della Regione Francesco Pigliaru si affida alla sorte. «Il San Raffaele va avanti – afferma –, anche se in una giungla burocratica difficile. Ciò che competeva la Sardegna è stato fatto, in un percorso veloce, ora incrociamo le dita». Poi un po' di ottimismo in più. «Sono convinto che questo investimento arriverà – conclude Pigliaru –, anche con tutte le enormi difficoltà che nel frattempo stanno tenendo lontani gli investitori». Cappellacci è sicurissimo che il Qatar stia per dirottare le risorse verso l'Inghilterra. E per dimostrare la bontà della sua ipotesi posta su Facebook anche la foto del Gulf Times, quotidiano del Qatar, che mostra alcune foto e un articolo di una visita istituzionale dell'emiro a Londra. L'ex governatore aggiunge: «Ex San Raffaele, ecco la risposta chi dice che le nostre preoccupazioni sono infondate. Questi sono gli articoli di "Gulf Times" dei giorni scorsi in cui si dà ampio spazio agli incontri e agli accordi con le istituzioni britanniche e in particolare con quelle cittadine di Londra. Non c'è tempo da perdere. Se non arriveranno risposte, si rischia che gli investimenti del Qatar in Sardegna siano dirottati altrove. La Regione e il Governo si diano una mossa e non rovinino in

pochi mesi un lavoro di tre anni». Cappellacci è preoccupatissimo, ma c'è da dire che il Qatar a Londra concentra la maggior parte dei suoi investimenti in Europa. Come i magazzini Harrods, o l'hotel Park Lane. Solo nel 2013 aveva stanziato 10 miliardi di sterline per fare un po' di shopping in Inghilterra.

OSCHIRI Un convegno su donazioni e terapie innovative

La sezione "Nanni Busellu" dell'Avis, in collaborazione con l'amministrazione comunale, la Fondazione "G. Sanna", la Asl 2 di Olbia, Sardegna Solidale, l'Avis provinciale Olbia-Tempio e ThalassAzione Sardegna ha organizzato un convegno, che si terrà venerdì nella sede della Fondazione "G. Sanna", a partire dalle 16.30, con una serie di relatori, esperti nel settore, dal titolo "Donazioni e terapie innovative: dal sangue alle cellule staminali e cordonali". Nella fase propedeutica ci saranno i saluti del presidente dell'Avis, Pietro Sechi, del sindaco, Piero Sircana, dei direttori sanitari della sezione locale dei donatori, Santino e Gavino Canu, del parroco don Luca Saba e Zelindo Pucci, presidente dell'Avis provinciale. La presentazione del convegno è stata affidata al medico di base Antonio Giuseppe Muscas e Natalia Pira, dirigente medico della Ginecologia della Asl 2 a Tempio. Sarà poi la volta dei relatori Mariella Multinu, dirigente medico CT ASL2 Olbia sulla "Evoluzione della donazione dal sangue alle cellule cordonali", Maddalena Serra, dirigente medico CT ASL2 Olbia sull' "Utilizzo Cellule Staminali", Elena Cocco, dirigente biologa CT ASL2 Olbia, sulla "Compatibilità HLA nel trapianto delle cellule Staminali". Proseguiranno Antonio Rubattu, direttore del reparto di Ostetricia e Ginecologia ASL 2 Olbia, che relazionerà sulle "Cellule Staminali da cordone ombelicale", Marzia Langiu, dirigente medico CT ASL2 Olbia sulla "Raccolta cellule Staminali da Sangue cordonale", Paolo Moi, direttore della Clinica Pediatrica e del Reparto Pediatrico di Talassemia dell'ospedale Microcitemico di Cagliari per la terapia genica. A seguire le testimonianze di Ivano Argiolas, presidente ThalassAzione Centrale Sardegna, e Desirè Melis di ThalassAzione Gallura.

L'UNIONE SARDA

ALGHERO Emergenza in corsia: diabetologo trasferito

La Asl manda un geriatra in Diabetologia e i pazienti si ribellano. È ancora emergenza all'ospedale di Alghero a causa della carenza di medici. «Non è passato molto tempo da quando si è stati costretti a denunciare il mancato rinnovo del contratto al medico che sostituiva la professionista dell'Unità operativa di Diabetologia andata in pensione, che ci ritroviamo, ora, a denunciare ancora una volta il mancato rinnovo del contratto al medico ora in servizio, e che il 30 novembre cesserà il suo rapporto di lavoro con la Asl», spiega Maria Verdina Dinapoli, referente del Comitato Diabetici Alghero che rappresenta oltre 200 pazienti. La dirigenza dell'Azienda sanitaria ha pensato di ovviare al problema inviando un

medico geriatra che presta servizio a Sassari. «Quello che chiediamo - continua la portavoce del Comitato - è personale adeguatamente preparato per la Diabetologia e soprattutto che sia rispettata la continuità assistenziale»

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Responsabilità professionale. Arriva nuovo ddl. Romano (PI): “Obbligo assicurativo per Asl e cliniche. La responsabilità civile spetta a loro”

Solo così, spiega il senatore Romano presentando il suo Ddl in materia di responsabilità professionale “daremo maggiore serenità al medico nella sua azione, avremo maggiore fiducia del paziente e ridurremo la litigiosità e la medicina difensiva che non è a tutela del paziente anzi”. LA SINTESI DEL DDL

Responsabilità professionale. Uno tra i temi più caldi della sanità italiana. Da anni si discute la necessità di un testo che sia capace di fare chiarezza, mettere in condizioni i professionisti di operare con tranquillità e serenità, dare ai pazienti la certezza che il medico agisce per il suo bene e al Ssn di risparmiare, perché c'è anche questo elemento, i miliardi, almeno 10 ma c'è chi dice anche di più, che ogni anno si spendono in medicina difensiva.

All'attenzione della Commissione Affari Sociali della Camera attualmente ci sono già otto proposte di legge su questa materia, a queste va ad aggiungersene un'altra che ci presenta in quest'intervista il senatore **Lucio Romano**, presidente del gruppo Per l'Italia. In sintesi il Ddl Romano si compone di 17 articoli, compresa l'entrata in vigore. È diviso in due parti, una riguardante la “Disciplina del rischio clinico” l'altra la “Responsabilità”.

All'interno della prima parte sono definiti, tra gli altri, i “Modelli organizzativi di prevenzione, gestione del rischio clinico e procedure di vigilanza”, i doveri in capo al Dg e “Istituzione della Commissione permanente per l'accreditamento dei modelli organizzativi e per il monitoraggio nazionale dell'andamento del contenzioso sanitario giudiziario ed extragiudiziario relativo alle strutture sanitarie pubbliche e private”.

Nella seconda parte invece, quella delle responsabilità, viene definita la “Responsabilità per inadempimento della prestazione sanitaria”, l'”Azione diretta verso la struttura pubblica, azione di rivalsa, azione erariale”, la “Responsabilità penale” e le “Disposizioni processuali”, ma anche “l'Organo di composizione della lite”.

Romano, docente universitario di medicina e chirurgia, medico ginecologo ostetrico e bioeticista nell'illustrare le linee del suo Ddl spiega che "senza regolamentazione, i medici vivono nella solitudine di un'eventuale errore mentre le strutture sanitarie, che non possono non assicurarsi, possono dover pagare oneri risarcitori veramente pesanti". Viceversa, secondo il senatore con la sua proposta "ogni struttura, pubblica o privata accreditata, deve dotarsi di un organismo interno e autorevole per prevenire e gestire il rischio clinico. Pena la decadenza dall'accreditamento. Tale organismo deve, fra l'altro, mettere a punto una serie di procedure, fra le quali la comunicazione all'assistito se la struttura ha stipulato o meno un contratto di copertura della responsabilità civile, nonché il massimale assicurato e la compagnia assicurativa prescelta. Nel caso di contenzioso, la struttura sanitaria risponde direttamente, lasciando così che gli operatori sanitari abbiano la possibilità di agire in un clima di maggiore serenità, concentrandosi sulla salute del paziente".

Senatore Romano, il suo ddl in cosa si differenzia dagli altri che sono all'esame della Commissione Affari sociali?

Essenzialmente la finalità che è quella di favorire un percorso che dia una maggiore certezza per quanto riguarda l'attività assistenziale a tutela della salute e della sicurezza del paziente e degli operatori sanitari attraverso due step intercorrelati tra loro. La disciplina del rischio clinico e una più puntuale definizione del principio di responsabilità in capo alla struttura sanitaria e in capo degli operatori sanitari della struttura.

Io credo che si sia creato un grande conflitto che ha portato ad un sovraccarico di medicina difensiva, quello inerente alla certezza del risultato a fronte di quella che deve essere riconosciuta che è la certezza dei mezzi.

Ovvero, può spiegarmi meglio?

È necessario mettere in essere tutte le procedure idonee proprio per la tutela della salute e della sicurezza del paziente che si è affidato ad una determinata struttura sanitaria. Questo comporta da un lato un grande rigore per quanto riguarda l'attività sanitaria e assistenziale, dato acclarato nel codice deontologico.

Dall'altro le procedure che si individuano all'interno del disegno di legge rispondono a tre esigenze: la prima favorire l'alleanza di cura, la seconda favorire l'informazione e la formazione degli operatori sanitari, e da ultimo dar luogo a delle procedure che diano la possibilità, attraverso un modello organizzativo ben preciso, di individuare quei sistemi che correggano le attività che hanno dato luogo ad esiti non previsti.

Per raggiungere quale obiettivo?

Questo modello organizzativo di prevenzione e le procedure di vigilanza hanno una duplice finalità da un lato responsabilizzare la struttura sanitaria, in capo alla quale c'è la responsabilità di assicurare l'assistenza al paziente e dall'altro favorire una più diretta e costante collaborazione tra la struttura sanitaria stessa e gli operatori sanitari.

Uno dei problemi denunciati dai professionisti è l'incremento dei premi assicurativi, il suo Ddl su questo come interviene?

Nel caso di contenzioso, la struttura sanitaria risponde direttamente lasciando così agli operatori sanitari la possibilità di agire in un clima di maggiore serenità, concentrandosi sulla salute del paziente. La struttura può rivalersi sul medico quando sia riconosciuto, a sentenza definitiva, la colpa grave e il dolo del professionista. Se noi limitiamo la responsabilità diretta del medico alla colpa grave e al dolo, diamo la possibilità al medico di operare non più in ottica di medicina difensiva, ma di operare a livello assistenziale nell'ottica di migliorare alleanza terapeutica e di cura con il paziente.

Per semplificare quindi riducendo la casistica, si riduce anche il premio?

Esatto. Andando a limitare alla colpa grave e al dolo i casi in cui il medico deve risarcire, e sapendo che questi percentualmente rappresentano la minima parte si riduce la casistica. Quindi si riduce anche il premio che il medico deve pagare.

Per lei è fondamentale il rapporto medico-paziente.

Oggi il rapporto medico paziente è decisamente contrattualizzato. Non c'è un rapporto di alleanza di cura con il paziente. E là dove non c'è un'alleanza di cura e prevale la dimensione contrattualizzata è evidente che aumenta la litigiosità, aumentano le rivendicazioni e, in maniera esponenziale, i comportamenti nell'ottica della medicina difensiva da cui ne consegue un sovraccarico di spesa da parte del Ssn per tutta una serie di procedure diagnostiche finalizzate alla tutela da un'eventuale rivendicazione medico-legale.

È giusto dire che il suo disegno di legge non si pone in una posizione di tutela del medico nei confronti del paziente?

Questo Ddl ha un'assoluta finalità precipua: favorire l'alleanza di cura. Non si pone in una posizione di tutela del medico nei confronti del paziente. È tutt'altro. Quello che intendo tutelare è la relazione medico paziente questo è un 'aspetto a cui tengo particolarmente anche sotto l'aspetto bioetico. Se andiamo a tutelare soltanto la contrattualizzazione non avremo altro che la medicina difensiva. Se invece riprendiamo il fondamento dell'alleanza terapeutica e di cura, conseguentemente daremo maggiore serenità al medico nella sua azione, avremo maggiore fiducia del paziente verso il medico e ridurremo la litigiosità e la medicina difensiva che non è a tutela del paziente anzi. Il paziente oggi è vittima di un sovraccarico di indagine inutile e che incide sulla spesa sanitaria.

■ [Il Ddl Lucio Romano](#)

■ [La sintesi del Ddl](#)

Cabina di regia e riparto fondi per salute pubblica e trapianti. I documenti all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni

Il prossimo 13 novembre tornerà ad essere esaminata la proposta di istituzione della

cabina di regia che avrà il compito di coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario.

Proposto un riparto di 32.908 euro per la salute pubblica, e di 207.144 euro per il funzionamento dei centri per il trapianto e prelievo di organi. CABINA DI REGIA, SALUTE PUBBLICA, TRAPIANTI

Cabina di regia, riparto fondi per interventi per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica e finanziamento delle attività di trapianto e prelievo di organi e tessuti. Questi gli argomenti che saranno affrontati il prossimo giovedì 13 novembre in Conferenza Stato-Regioni.

Per quanto riguarda la **Cabina di regia**, si stabilisce che quest'ultima verrà istituita presso il Ministero della salute, ed avrà un compito di coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario. Sarà composta da rappresentanti istituzionali e da un rappresentante per ogni organizzazione sindacale rappresentativa del comparto, delle aree dirigenziali e dell'area convenzionata, nominati con decreto del Ministero della salute.

All'art. 2 si spiegano anche i presupposti sui quali dovrà basarsi l'attività della Cabina di regia.

Presente anche una clausola di invarianza finanziaria che sottolinea come per la partecipazione all'attività della Cabina di regia non sia previsto alcun compenso o rimborso spese.

Si propone poi il riparto del fondo, per il 2014, per **interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica**. Per quest'attività, lo stanziamento messo a bilancio dal Ministero della Salute è pari a 32.908 euro, "cifra notevolmente ridotta a causa delle decurtazioni operate conseguentemente alla manovre finanziarie". La ripartizione di fondi tra le Regioni è proposta in base al criterio della popolazione. Si sottolinea che, nella ripartizione, non si è tenuto conto delle quote spettanti a Trento e Bolzano

Presente, infine, la proposta di ripartizione del fondo per il funzionamento dei **centri regionali e interregionali per il trapianto e il prelievo di organi e tessuti**. Per il 2014 lo stanziamento messo a bilancio dal Ministero della Salute è pari 207.144 euro, anche in questo caso si sottolinea "cifra notevolmente ridotta a causa delle decurtazioni operate conseguentemente alla manovre finanziarie". La proposta di riparto regionale si basa anche qui sul criterio della popolazione.

- [Proposta riparto fondo per salute pubblica](#)
- [Cabina di regia](#)
- [Proposta riparto prelievo organi](#)

Studio Agenas: boom medicina difensiva, costa 10 mld l'anno

Troppi controlli, troppe prestazioni inappropriate, troppi soldi sprecati. Sono vorticosi i numeri della medicina difensiva nel nostro Paese. Il 58% dei medici dichiara di praticarla e per quasi tutti (93%), il fenomeno è destinato ad aumentare. Gli esami inutili valgono il 10% del totale della spesa sanitaria (9-10 mld) con un costo pro capite di 165 euro su un totale di 1847 euro. Sono i dati snocciolati nello studio pilota elaborato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e presentato oggi durante il workshop "Medicina difensiva - Sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico". Lo studio pilota è stato effettuato su quattro regioni: Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria, su un campione di circa 1.500 medici ospedalieri.

Sei medici su dieci, ossia il 58% degli intervistati, ammettono di praticare la medicina difensiva. Le prestazioni più frequenti per cui la si pratica sono nel 33% gli esami laboratorio, sempre con il 33% gli esami strumentali, per il 16% le visite specialistiche e per il 6% il comportamento è quello di non fornire cure potenzialmente efficaci ma ad alto rischio complicazioni. Secondo i medici intervistati, le cause principali sono: per il 31% la legislazione sfavorevole per il medico, per il 28% il rischio di essere citati in giudizio e il 14% lo sbilanciamento del rapporto medico-paziente con eccessive richieste, pressioni e aspettative da parte del paziente e dei familiari.

Dall'analisi emerge un altro aspetto significativo, i medici sanno benissimo di esagerare e hanno già la ricetta per uscire dall'impasse e ridurre la medicina difensiva: per il 49% basterebbe attenersi alle evidenze scientifiche e per il 47% si dovrebbero riformare le norme che disciplinano la responsabilità professionale. «Con questo progetto - ha specificato il Dg Agenas, Francesco Bevere, si affronta un tema controverso, di grande attualità, quello della medicina difensiva, approntando strumenti validi alla valutazione del fenomeno in tutte le sue sfaccettature: dai fattori economici, alle cause legate essenzialmente a una legislazione non sempre favorevole per i medici, agli aspetti emotivi del professionista sanitario. Tutto ciò è un grave sintomo del profondo malessere, ampiamente diffuso tra i medici, che genera gravi conseguenze sulla qualità e la sicurezza delle cure e delle organizzazioni».

Dopo i ricorsi è caos a Medicina: «Impossibile fare lezione, pronti a dimissioni di massa»

Inutile girarci intorno. Il numero programmato nella facoltà di Medicina è saltato: dopo la pioggia di ricorsi i Tar hanno imposto agli atenei l'iscrizione di 6mila candidati in più, in pratica oltre il 50% dei circa 10mila posti programmati. Per i corsi di laurea in Medicina in partenza in questi giorni il rischio caos è dietro l'angolo tra aule, laboratori e reparti che non saranno in grado di accogliere tutti questi studenti. Da qui l'appello della Conferenza dei presidenti dei corsi di laurea in Medicina che ha

approvato nei giorni scorsi una mozione nella quale dichiara lo stato di agitazione e minaccia, in assenza di risposte del Governo, dimissioni di massa.

Medicina a rischio caos

«Non vogliamo essere complici del degrado della formazione medica italiana», avverte Andrea Lenzi che presiede questo organismo che riunisce tutti i coordinatori nazionali dei corsi. «I colleghi europei - continua Lenzi - ci dicono che i nostri corsi sono tra i migliori e non vogliamo che i nostri studenti debbano subire le conseguenze dell'impoverimento della nostra area formativa: non ci stiamo». Nasce da qui la mozione approvata all'unanimità che prevede, «in assenza di segni di urgente riscontro», l'auto sospensione in massa dei coordinatori e dei docenti. Per chi lavora ogni giorno alla formazione dei futuri medici servono insomma garanzie e indicazioni chiare dal ministero su come portare in porto il prossimo anno accademico. Senza risposte si arriverà anche alle «dimissioni - recita la mozione - di tutti i Presidenti di corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia di tutte le sedi universitarie italiane». Non è tutto. A preoccupare è anche il fronte delle specializzazioni mediche che seguono la laurea. A parte il concorso nazionale, investito nei giorni scorsi da una bufera per il pasticcio nei quiz, per i presidenti dei corsi pesa il fatto che viene dato scarsissimo valore al curriculum di studi degli studenti nell'accesso alle scuole di specializzazione. «A questo - continua Lenzi - si aggiungono le notizie legate alla modifica degli ordinamenti delle scuole stesse a tappe forzate e senza una possibilità di audizioni e consultazioni di tutti i soggetti interessati». La riforma delle scuole dovrebbe avvenire infatti entro la fine dell'anno, una scadenza troppo vicina per cambiare gli ordinamenti di oltre 50 specializzazioni. Una fretta, questa, che rischia di complicare ancora di più il percorso formativo che conduce gli aspiranti medici dalle aule alle corsie degli ospedali.

Il ministro conferma: stop ai test d'ingresso

Intanto il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, ha confermato nei giorni scorsi che allo studio del governo c'è l'ipotesi di eliminare i contestatissimi test d'ingresso alla facoltà di Medicina. In un primo momento si parlava di un addio già dal prossimo anno accademico, ma secondo alcune indiscrezioni la riforma potrebbe slittare anche a quello dopo. «Abbiamo istituito una commissione mista per arrivare a una selezione qualitativamente migliore», ha spiegato il ministro. Il modello di riferimento potrebbe essere quello francese che prevede l'apertura a tutti gli aspiranti medici il primo anno con una selezione successiva, forse dopo un anno, che funzionerebbe da sbarramento per non superare il numero programmato.

Intanto, però, le università hanno dovuto correre ai ripari per accogliere i vincitori dei ricorsi al Tar, riammessi a lezione. «I ricorsi sono una costante di questo Paese. Come si parla di una procedura selettiva, si annunciano i ricorsi», ha aggiunto ancora la Giannini alle prese anche con l'altra bega, quella dell'ammissione alle scuole di specializzazione in medicina le cui prove di selezione sono finite nella bufera per un pasticcio sui quiz che sono stati invertiti: «Non è un episodio - ha concluso il ministro - che deve mettere in discussione i principi per cui è stato fatto il test nazionale, cioè un esame che deve essere uguale per tutto il territorio».

Svalutazione pensioni. A rischio anche parte dei contributi Enpam

Si parla di un piccolo salvagente per le pensioni future dopo la “botta” della rivalutazione in negativo segnalata dal ministero del Lavoro sui contributi Inps, Inpdap & co. Alla camera è stato presentato da Lello Di Gioia, presidente della Bicamerale di vigilanza sulle casse previdenziali privatizzate, un emendamento alla bozza di Finanziaria per indurre il governo a rimediare al "buco": secondo indiscrezioni, servirebbero circa cento milioni di euro. L'abbattimento dei “castelletti” previdenziali che si profila sul 2014 per molti lavoratori, inclusi i medici dipendenti ospedalieri è pari a circa due decimi di punto percentuale ed è dovuto al fatto che nel sistema adottato dalla riforma Dini nel 1995 i contributi versati non sono moltiplicati per l'inflazione ma per un coefficiente pari alla media del prodotto lordo degli ultimi 5 anni: un Pil che purtroppo per l'Italia è stato negativo (addirittura - 5,5% nel 2012). Alberto Oliveti presidente dell'Enpam ha sottolineato come l'autonomia scelta dalla Fondazione 20 anni fa abbia preservato l'aggancio dei contributi all'inflazione: medici convenzionati e liberi professionisti in quota B non vedranno rosicchiato dalla crisi il montante contributivo. Ma Marco Perelli Ercolini vicepresidente Federspev (Federazione pensionati e vedove dei sanitari italiani) mette in guardia. «Mentre per i Fondi speciali dei Mmg, pediatri e medicina dei servizi e degli Ambulatoriali nonché per la Quota B del Fondo generale la rivalutazione del montante si basa sugli indici Istat di svalutazione (variazione dei prezzi Istat), e quindi il problema della rivalutazione negativa non sussiste, per la quota A del Fondo generale e per il Fondo speciale dei convenzionati esterni che sono stati messi nel sistema di calcolo contributivo legge Dini, il sistema di rivalutazione della capitalizzazione dei contributi versati è agganciato al Pil come per Inps & co. I problemi che si profilano sono gli stessi». Le strade per rimediare? Tutto sommato Perelli vede tre alternative: «Sarebbe auspicabile un provvedimento del governo che sospenda la stortura prevista dalla legge Dini. C'è l'ipotesi di uno stanziamento che copra la perdita per i contribuenti, o in alternativa garantirebbe stabilità un cambio di rotta che leghi il coefficiente di valutazione non all'andamento quinquennale del Pil ma a quello decennale».

Bianco (Fnomceo): bene Lorenzin su Rc, ma onere della prova è a doppio taglio

«La Fnomceo è a disposizione del legislatore se si porrà mano a una legge per rivedere il tema della responsabilità sanitaria. Quanto alle recenti sentenze più favorevoli ai medici, che chiedono ai pazienti di provare il nesso tra intervento e danno, non è detto che se la Cassazione le abbraccia i problemi dei medici

finiscono». Amedeo Bianco presidente della Federazione degli ordini Fnomceo, traccia un quadro della situazione in campo Rc dopo la sentenza del Tribunale di Milano secondo cui, in una causa civile di risarcimento danni, spetta al paziente dimostrare le colpe del medico e non al medico provarsi innocente. Bianco parte dal decreto legge 90/2014 (riforma della Pubblica amministrazione), protettivo verso gli ospedalieri, secondo cui le strutture rispondono per i danni da “malpractice” ai pazienti a meno di dolo o colpa grave; per quelli l’ente si può rivalere sul sanitario. «L’indirizzo prevalente della giurisprudenza è che sia la responsabilità della struttura sia quella del medico sono contrattuali (chi doveva far stare bene il paziente ne ha peggiorato lo stato e deve provare di non essere stato negligente, inesperto, imprudente, ndr). Ma la sentenza milanese, riprendendo l’articolo 3 della legge Balduzzi 189/2012, esclude la responsabilità contrattuale di un medico che si attenga alle linee guida riconosciute. Precedenti sentenze di primo grado– sottolinea Bianco - avevano fatto riferimento alla responsabilità extracontrattuale per fatto illecito (articolo 2043 cc) che tra l’altro prevede soli 5 anni anziché 10 per la caduta in prescrizione della richiesta risarcitoria. La Cassazione invece insiste nel definire contrattuale la responsabilità di medico e struttura; ma proprio da questa posizione, in apparenza sfavorevole, deriva la norma del decreto Pa che chiama l’ospedale a rispondere in prima battuta. Ove la Suprema corte ribaltasse i propri indirizzi, il rischio è che si creino due paralleli profili di responsabilità: quella contrattuale della struttura, e quella extracontrattuale del medico. Il ricorrente potrebbe scegliere se chiamare in causa entro 10 anni la struttura attendendo che sia quella a discolarsi o entro 5 il sanitario accettando di provarne lui la colpevolezza. Se oggi il camice è chiamato a rispondere in casi limitati, e a pagare un premio assicurativo proporzionato alla non alta probabilità di una rivalsa dell’ente, domani potrebbe dover rispondere con più frequenza e pagare un premio maggiore». Bianco aggiunge che «5 o 10 anni di prescrizione poco cambiano visto che la maggior parte delle denunce arriva entro due anni dal verificarsi dell’evento causa del danno». Di fronte alle divisioni tra giuristi, l’ex ministro Renato Balduzzi conferma di aver inteso alimentare il dibattito, ma il ministro della Salute attuale Beatrice Lorenzin ora pensa a una legge. «In realtà Lorenzin si è resa conto che il regolamento sui nuovi contratti Rc, previsto dalla legge Balduzzi e ora all’esame della conferenza stato regioni, non riesce a raccogliere una massa critica di fondi tale da rendere accessibili le polizze ai medici che pagano i risarcimenti più alti e dunque non potrà calmierare il mercato assicurativo». Alla Camera, sede legiferante, ci sono 7 disegni di legge e ne spicca uno ripreso pari pari da una bozza firmata in Senato proprio da Bianco. «Il ddl in questione, cui hanno contribuito gli Ordini, affronta peraltro la ridefinizione della colpa anche in ambito penale, le tabelle di risarcimento, le azioni di rivalsa contro i medici imposte dalla Corte dei conti agli ospedali che accantonano somme per far fronte ai risarcimenti».

Cochrane, in studio test per ridurre abuso di antibiotici

L’uso eccessivo di antibiotici potrebbe essere ridotto grazie a test effettuabili

direttamente nello studio medico, in grado di fornire rapidamente un esito sulla presenza o meno di infezioni batteriche. Lo ha mostrato una revisione sistematica della letteratura scientifica, pubblicata sulla Cochrane Library, secondo la quale i medici, se sono in grado di individuare un'infezione batterica attraverso un test semplice e rapido, prescrivono effettivamente meno antibiotici. È noto che, nella maggior parte dei casi, i pazienti che si rivolgono al proprio medico curante per disturbi alle vie respiratorie sono affetti da infezioni virali, come quelle che danno origine al raffreddore comune. Generalmente i medici non hanno modo di verificare in studio se l'origine del disturbo è virale o batterica e, di fronte a questi quadri clinici estremamente comuni, accade spesso che prescrivano antibiotici. Attualmente l'unico test disponibile misura la concentrazione nel sangue della proteina C reattiva (Crp), un biomarker che accerta la presenza di uno stato infiammatorio: quando i livelli di Crp sono bassi, un'infezione batterica grave può essere esclusa e l'utilizzo di antibiotici è inutile. La revisione ha identificato sei studi in cui si sono presi in considerazione complessivamente 3.284 pazienti: nel gruppo di soggetti sottoposti al test della Crp, le prescrizioni di antibiotici sono state del 22% inferiori rispetto al gruppo di controllo. «Questi risultati suggeriscono che l'utilizzo di antibiotici in pazienti con infezioni respiratorie acute potrebbe essere ridotto, aggiungendo agli esami di routine anche il test del biomarker Crp» ha affermato il coordinatore della revisione, **Rune Aabenhus** dell'Università di Copenhagen. «In futuro sarebbe opportuno produrre evidenze più precise riguardo all'entità della riduzione dell'uso di antibiotici che si può ottenere con questa metodica e condurre analisi costi-benefici comparative rispetto ad altri approcci volti al medesimo obiettivo».

Più luce sui trapianti di cellule staminali nella malattia di Parkinson

Uno studio svedese pubblicato su Cell Stem Cell dimostra per la prima volta che cellule nervose generate da staminali umane trapiantate in modelli animali di Parkinson possono creare specifici circuiti neuronali. In altre parole, le nuove cellule sono in grado di connettersi con i neuroni del tessuto ospite attraverso una fitta rete di ramificazioni in modo da raggiungere le aree cerebrali bersaglio. «Si tratta di una conquista della ricerca di base cui sono stati dedicati anni di ricerche ed esperimenti, con risultati che speriamo di raffinare ulteriormente sino a poter produrre linee cellulari nel rispetto dei parametri necessari all'uso clinico» spiega **Malin Parmar**, professore associato di neurobiologia all'Università di Lund in Svezia e coautrice dello studio, nonché membro dei consorzi Europei coordinati da **Elena Cattaneo**, direttrice del laboratorio di Biologia delle cellule staminali e Farmacologia delle malattie neurodegenerative all'Università degli Studi di Milano, che mirano a studiare le possibilità della medicina rigenerativa per il Parkinson e la malattia di Huntington. Lo studio svedese, infatti, prende forma proprio nel contesto dei consorzi NeuroStemcell (2009-2013 – www.neurostemcell.org) e NeuroStemcellRepair (2013-17 - www.neurostemcellrepair.org) guidati da Cattaneo e del consorzio Transeuro (2010-15 - www.transeuro.org) coordinato dal ricercatore britannico **Roger Barker**,

professore di neuroscienze cliniche all'Università di Cambridge. «L'Unione Europea ha cambiato il modo di fare ricerca abbattendo i confini tra nazioni, sollecitando collaborazioni e promuovendo la mobilità dei giovani e lo scambio di materiali e cellule, ma anche di idee, strategie e risultati. Lavoriamo in network, come se fossimo parte di un super-laboratorio transnazionale capace di aumentare la competitività europea e di vincere sfide di conoscenza e innovazione con gli altri continenti. Capita che si preparino le cellule a Milano, poi si mettano in un incubatore portatile, si prenda un aereo e si atterri in Svezia o in Inghilterra dove verranno trapiantate» spiega Cattaneo, sottolineando che lo studio di Parmar sul modello di Parkinson rivela aspetti importanti anche per il suo gruppo, che a Milano lavora sull'Huntington. «Grazie ai consorzi abbiamo potuto conoscere i risultati svedesi in anteprima, discuterli e incorporarli nei nostri esperimenti. In questa prospettiva, la collaborazione europea emerge ancora una volta come qualcosa di enormemente prezioso e da cui, per nessun motivo, le nostre società dovrebbero prendere le distanze» conclude la ricercatrice.

Cell Stem Cell 2014; 15(5): 653-665. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.stem.2014.09.017>

DIRITTO SANITARIO Macchinari non urgenti: sequestro preventivo finalizzato alla confisca

Il Tribunale di Foggia ha accolto l'appello proposto dal Pubblico ministero contro in provvedimento del giudice per le indagini preliminari con il quale era stata rigettata la richiesta di applicazione della misura cautelare del sequestro preventivo finalizzato alla confisca per valore equivalente di beni nella disponibilità degli imputati. Nei confronti di un dirigente medico del reparto ortopedico di un presidio ospedaliero e di due imprenditori attivi nel settore delle forniture mediche, si era proceduto per alcuni reati (tra cui di falso in atto pubblico, truffa aggravata, corruzione). In particolare il medico era accusato di avere attestato la necessità e l'urgenza di procedere all'acquisto di apparecchiature da utilizzare nel reparto, rappresentando agli organi pubblici competenti per l'acquisto una situazione non corrispondente al vero (il macchinario, infatti, a distanza di tempo veniva rinvenuto ancora imballato nei magazzini della struttura). La Suprema Corte ha rigettato il ricorso proposto dagli imputati. [avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584