

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 18 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

ALGHERO Diabetologia Il nuovo medico è un nefrologo

«Il medico trasferito in Diabetologia vanta una specializzazione in nefrologia, una formazione internistica e una pluriennale esperienza di lavoro presso il Servizio di Diabetologia della III Divisione di Medicina dell'Ospedale Civile di Sassari». Così il direttore sanitario della Asl Cesarino Onnis che ha anche ricordato che tutti i medici attualmente in servizio presso le diabetologie dell'Asl provengono da reparti internistici

ALGHERO Nuovo Ospedale Bruno: «Nulla è perduto» L'opposizione si scatena

Il mancato finanziamento del nuovo ospedale di Alghero da parte della Regione ha, naturalmente, innescato le polemiche. Con l'ex sindaco Marco Tedde che ha subito bacchettato l'attuale primo cittadino Mario Bruno per non essersi messo alla testa della protesta della città e del territorio. Altrettanto ha fatto Maria Grazia Salaris, esponente del Nuovo centro destra e leader dell'opposizione in consiglio comunale che ha ricordato le «false e facili promesse grazie allo sbandierato "triangolo d'oro" Roma (Renzi), Cagliari (Pigliaru) e Alghero (lui medesimo) che da solo avrebbe risolto tutti i problemi della città compreso quello del sistema sanitario. Dal momento del suo insediamento a Sant'Anna ha fatto più chilometri di un treno facendoci credere che da ogni viaggio sarebbe rientrato con la valigia piena di milioni di euro». «Non vorremmo dirlo, ma potrebbe apparire in tal modo – insiste Maria Grazia Salaris –: un sogno venduto all'elettorato probabilmente per raggiungere posti al sole, per ottenere facili consensi. Alghero ha bisogno di risposte immediate, basta coi proclami, con le consulte, i regolamenti, le fantomatiche partecipazioni, basta a tutto c'è un limite. . Caro sindaco Bruno – conclude l'esponente del centro destra – sulla sanità ha fallito. Ne prenda atto, faccia mea culpa e cambi rotta al più presto». Nel frattempo proprio il sindaco ha chiamato a raccolta un po' tutti per sostenere la protesta contro la decisione della giunta regionale guidata da Francesco Pigliaru. «Dobbiamo ora unire gli sforzi per elevare il livello della mobilitazione, come abbiamo fatto nel 2011, insieme a tutti rappresentanti del territorio, il sindaco, i sindacati, i comitati, tutti i cittadini, contrastando un atto aziendale che avrebbe

penalizzato la nostra sanità – ha detto Mario Bruno –. Dobbiamo ancora oggi affermare con forza che Alghero non è periferia di Sassari e che ha titolo per avere una nuova e moderna struttura sanitaria capace di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e degli ospiti». Ma secondo il sindaco nulla è perduto. «Dobbiamo pretendere dalla Regione immediate risposte, partendo dalle opportunità derivanti dai circa 250 milioni di fondi ministeriali che devono entrare nelle casse regionali proprio per l'edilizia ospedaliera. L'intervento potrà essere realizzato dopo l'approvazione da parte del Consiglio regionale della nuova rete ospedaliera. Da quelle risorse, come ha affermato ad Alghero l'assessore della Sanità Luigi Arru in occasione del recente sopralluogo, potremmo attingere per realizzare il nuovo ospedale. Sul tema, chiederò al presidente Matteo Tedde la convocazione di un consiglio comunale aperto, fin da domani» precisa Mario Bruno, che chiede uno stop però alle strumentalizzazioni.

OLBIA Il diabete si combatte anche nelle scuole Un incontro all'Expo In Gallura diecimila le persone affette, 150 sono bambini

Ha numeri importanti anche in Gallura, in linea con quelli sardi che sono tra i peggiori persino a livello internazionale: è il diabete, nemico insidioso e sempre più diffuso, specie tra i giovani, per colpa dei danni legati all'alimentazione sbagliata e alla sedentarietà. A questo proposito l'associazione diabete Gallura Onlus, guidata dal presidente Massimo Nonnis, ha promosso la tavola rotonda "Scuola e diabete", svoltasi con successo all'Expo in occasione della Giornata mondiale del diabete promossa da Idf e dalla Organizzazione mondiale della sanità. Nella realtà gallurese vi è la forte presenza di persone con diabete: sono circa 10.000 le persone che vivono questa condizione di cui 1.000 con diabete di tipo 1, cioè quello ad insorgenza giovanile e la cui terapia richiede necessariamente la somministrazione di insulina. Notevole è poi la presenza di bambini e ragazzi in età scolare che in Gallura sono circa 150 e i cui genitori sono quasi tutti associati all'Adg. L'incontro è stato moderato dal presidente della Adg, Massimo Nonnis, e ha avuto come relatori principali Gavina Piredda (diabetologa pediatra dell'ospedale di Olbia) e Pina Angius (diabetologa dell'apposito servizio della Asl di Olbia). La manifestazione ha visto poi l'intervento del presidente Agdia di Nuoro, Antonio Farris, che ha portato la testimonianza su una esperienza avviata nel Nuorese di concerto tra associazioni, Asl e scuole. «Gli assessori del Comune di Olbia, Giovanni Antonio Orunesu (scuola) e Rino Piccinu (politiche sociali) – dice Nonnis – hanno mostrato attenzione e disponibilità promettendo il loro interessamento per avviare iniziative di concerto con l'Adg rivolte agli operatori scolastici volte a informare sulle problematiche e le metodiche di gestione del diabete anche a scuola». L'iniziativa ha visto la presenza di un centinaio tra dirigenti scolastici, insegnanti, pediatri di base ed anche quella numerosa di un gruppo di studenti dell'istituto tecnico Panedda. Sono emerse importanti indicazioni circa le direttrici su cui attivare le prossime iniziative informative che l'Adg con determinazione intende perseguire con l'appoggio del Comune. L'associazione ha poi informato i genitori dei nuovi servizi di assistenza in

fase di attivazione, in particolare il supporto psicologico alle famiglie, ottenuto di recente dall'Asl anche grazie alla collaborazione del consultorio di Olbia.

Cure palliative, aiuto diverso per i malati Bonnanaro, illustrate in un convegno organizzato dall'associazione "Amici di Gianni Brundu"

“Palliativo”, secondo l’accezione comune, è un qualcosa che serve a ben poco, un farmaco che attenua i sintomi di una malattia ma non ne rimuove la causa. Praticamente inutile. Oggi invece il termine ha subito una trasformazione e “palliativo” assume un significato positivo. Le cure palliative sono «procedure che si occupano in maniera attiva di pazienti colpiti da malattie che non rispondono più a trattamenti specifici e la cui diretta evoluzione è la morte». Se ne è parlato in un convegno organizzato dall’associazione Amici di Gianni Brundu, Pro loco e Comune. Dopo la presentazione della presidente della Pro loco, Bastianina Pintori, e il saluto del sindaco Francesco Spanu, ha preso la parola la presidente dell’associazione, Angela Azzori, che ha illustrato gli obiettivi dell’associazione. Questi consistono nella divulgazione delle finalità e dell’utilità delle cure palliative. «Esse – ha spiegato – sono procedure che si occupano di pazienti colpiti da malattie che non rispondono più a trattamenti specifici e la cui diretta evoluzione è la morte. Lo scopo di queste terapie non consiste nell’accelerare o differire la morte, ma nel preservare la migliore qualità della vita». Coloro che se ne occupano hanno anche «il preciso dovere di alleviare il disagio sociale. Aiutare quindi anche la famiglia dell’ammalato a convivere con la malattia e poi con il lutto». L’articolazione della rete che si prende carico di assistere i malati può essere ricondotta a tre nodi fondamentali: l’abitazione del malato, l’ospedale e l’hospice. Quest’ultimo è una struttura residenziale in cui il malato e la sua famiglia possono trovare un sollievo per un periodo circoscritto e poi fare ritorno a casa. In Sardegna esistono tre hospice: due a Cagliari e uno a Nuoro. «Siamo nati come Associazione – ha concluso Angela Azzori – con l’intento di onorare la memoria di Gianni e allo stesso tempo con l’impegno sociale di esaudire il suo desiderio, espresso nei suoi ultimi giorni “...nessuno deve essere lasciato solo ad affrontare una prova come questa, tutti devono avere la possibilità, come ce l’ho io, di essere assistiti dagli operatori sanitari, dalla propria famiglia e dagli amici”».

L'UNIONE SARDA

ALGHERO Bruno: l'ospedale non è perduto

«Per il nuovo ospedale di Alghero nulla è perduto. Dobbiamo pretendere dalla Regione immediate risposte, partendo dalle opportunità derivanti dai circa 250 milioni di fondi ministeriali che devono entrare nelle casse regionali proprio per l’edilizia ospedaliera». Mario Bruno butta acqua sul fuoco delle polemiche dopo la perdita dei fondi per la cittadella sanitaria, un sogno sfumato quando si è appreso che

dei 129 milioni di fondi Cipe per la sanità in Sardegna, la Riviera non avrà nemmeno un euro. In settimana dovrebbe tenersi un incontro definitivo tra ministero della Salute e assessorato regionale alla Sanità. «Sul tema, chiederò al presidente Matteo Tedde la convocazione di un Consiglio comunale aperto, fin da domani», precisa Mario Bruno, che però chiede uno stop però alle strumentalizzazioni. «Se l'ospedale algherese è nel piano sanitario regionale vigente, se è stato inserito nel piano attuativo regionale del 2009, se vi è stata l'approvazione della variante urbanistica da parte del Consiglio comunale che ha individuato l'area in località Taulera, se è stato realizzato lo studio di fattibilità da parte della facoltà di Architettura, è grazie al mio lavoro di consigliere regionale, congiunto a quello delle amministrazioni comunali, dell'intero Consiglio, di tutte le forze politiche, senza distinzione di colore».

QUOTIDIANO SANTA.IT

Ddl delega lavoro sanità. Giovani radiologi: “Doppio canale formativo è squalificante”

Respingiamo l'ipotesi che un medico neo-laureato, senza specializzazione, possa essere assunto per assolvere compiti progressivamente complessi, con uno stipendio di livello infermieristico, e possa essere messo a disposizione previa soppressione di un numero corrispondente di posti nelle dotazioni organiche delle aziende sanitarie

Il Fassid area Snr Giovani valuta molto negativamente la [bozza del ddl delega ex art. 22](#) del Patto della Salute sulla gestione e sullo sviluppo delle risorse umane, per quanto riguarda l'accesso di personale neo-laureato medico al Servizio Sanitario Nazionale in quanto potenzialmente demolitivo delle regole del SSN.

Proporre di fatto la creazione di un doppio canale formativo appare provvedimento pericoloso e squalificante. Respingiamo l'ipotesi che un medico neo-laureato, senza specializzazione, possa essere assunto per assolvere compiti progressivamente complessi, con uno stipendio di livello infermieristico, e possa essere messo a disposizione previa soppressione di un numero corrispondente di posti nelle dotazioni organiche delle aziende sanitarie.

Il contratto di formazione specialistica richiamandosi all'art.38 del DLGs 368/99 e' molto esplicito nel sancire che in nessun caso l'attività dello specialista in formazione possa essere sostitutiva di quella del personale di ruolo. Ne deriva che il ruolo dello specializzando deve necessariamente svolgersi sotto il controllo diretto di tutor, figura attualmente non individuabile, per motivi organizzativi e formativi, all'interno delle strutture ospedaliere presenti sul territorio italiano. Aggiungiamo poi che la formazione dello specializzando è esplicitamente vincolata, oltre che ad attività di reparto, alla fruizione di lezioni formali ex cathedra che ad oggi la stragrande maggioranza degli ospedali italiani non potrebbero fornire non soltanto per la

manca di spazi idonei, che già di per sé costituisce un elemento significativo, ma soprattutto perché per il personale di ruolo impiegato nel SSN attualmente non è prevista alcuna formula contrattuale che lasci spazi retributivi ed in termini di orario di servizio, dedicati ad un tale scopo. Nel già complicato panorama della problematica assicurativa come potrebbero inoltre essere inquadrati medici specialisti in formazione ai quali vengono demandate funzioni assistenziali autonome, allorquando problematiche medico-legali dovessero intervenire?

I rischi di un duplice percorso formativo sono molteplici: si tenterebbe di formare degli specialisti unicamente in campo ospedaliero, senza alcun controllo, preparazione universitaria e al di fuori di reti formative ospedaliero-universitarie predefinite; si qualificerebbero un numero spropositato di specialisti rispetto al reale fabbisogno del SSN; gli ospedali potrebbero avvalersi di un numero incontrollato di manodopera a basso costo; si rischierebbe di formare due categorie specialisti rispettivamente di serie A e di serie B; non si chiariscono i criteri di selezione di questo tipo di personale ed il loro inquadramento.

Assisteremmo difatti alla circolazione di professionisti “a prezzo scontato” che poi potranno (?) successivamente accedere in soprannumero, al termine di un periodo di prova, ad una scuola di specializzazione. Il Fassid Area SNR Giovani è nettamente contrario a questa strategia “low-cost” di sopperire alle carenze di organico del SSN: il risparmio in sanità non deve avvenire sulla dotazione organica e sulla qualificazione dei professionisti del SSN.

Il modello formativo che proponiamo, esposto anche al recente convegno sulla formazione della Fnomceo, prevede un percorso misto di iniziale formazione nelle strutture universitarie e conclusione della carriera formativa specialistica nelle strutture ospedaliere durante gli ultimi due anni di corso, previa creazione della “rete formativa” attraverso la stipula di convenzioni ospedaliero-universitarie, nel pieno rispetto dell'art. 43 del Dlgs 368/99. Questo al fine di garantire una progressiva responsabilizzazione degli specializzandi finalizzata alla capacità di poter operare in autonomia al momento del conseguimento del titolo di specialista. In merito al nostro modello di formazione chiediamo un costante monitoraggio dell'accesso alla formazione specialistica (con date di esame programmate con regolarità, numero complessivo e distribuzione localistica dei contratti di formazione relazionata ai fabbisogni del SSN) e la vigilanza del rispetto degli standard formativi ai sensi del D.M.29.03.2006 (rispetto del numero minimo e tipologia di procedure diagnostiche terapeutiche e chirurgiche previste in ogni anno di corso di specializzazione).

Il Fassid Area Snr Giovani respinge infine con forza ogni tentativo che da più parti attualmente interviene atto a silurare il neonato concorso nazionale per l'accesso alla formazione specialistica: questo concorso è il frutto di almeno un decennio di richieste da parte delle associazioni di categoria degli specializzandi, in modo tale da poter fruire di uno strumento di accesso alla scuola svincolato dalle logiche baronali e localistiche. Riteniamo che vadano migliorate tutte le sue storture e lacune (per esempio svolgendo le prove in sole 2-3 sedi nazionali, monitorando con dovizia lo svolgimento delle stesse, e controllando adeguatamente la preparazione delle

domande per evitare i recenti dilettantistici errori commessi dal Cineca) ma lo strumento del concorso unico nazionale, sul modello del Mir spagnolo, così faticosamente guadagnato in Italia va difeso ad oltranza.

Gerardo Dessì

Fassid (Responsabile Snr Giovani)

Estrazione o sorteggio? Rischia di diventare una 'cabala' la nomina dei Direttori generali

Noto con stupore che resta in pista l'emendamento presentato da Di Girolamo che prevede che un direttore generale, per poter essere nominato, venga semplicemente "estratto" da un apposito elenco. Mi chiedo come il baciato dalla fortuna potrebbe essere accoppiato alla Azienda Sanitaria Regionale che dovrebbe andare a dirigere. Una soluzione che potrebbe andare bene solo nel "magico mondo del mago di Oz".

Noto con divertito stupore che tra i 19 emendamenti rimasti in gara sulla legge di stabilità - dico gara a ragion veduta - ne è rimasto in pista uno a firma dell'onorevole Nunzia Di Girolamo, che se non fosse troppo fantasioso direi quasi che potrebbe andare bene solo nel "magico mondo del mago di Oz". Mi riferisco a quello che dovrebbe prevedere che un direttore generale, per poter essere nominato venga semplicemente "estratto" da un apposito elenco.

Una bella stranezza quella pensata dell'onorevole Di Girolamo secondo la quale un aspirante direttore generale o un direttore generale in carica, che per essere inserito nell'elenco degli idonei deve possedere una quantità di requisiti che non sto qui a ricordare, anche perché chi legge li conosce particolareggiatamente, una bella mattina si dovrebbe presentare in un ufficio regionale per assistere, insieme ad altri aspiranti, ad una "estrazione".

Mi immagino il bambino bendato dell'allora estrazione del lotto che immerge la mano in un'urna e ne estrae un biglietto nel quale è vergato con calligrafia chiara, un nome: quello del futuro direttore generale. "Sono io", grida festoso il fortunato. Mentre il perdente esce sconsolato dall'ufficio, sapendo che ha perso il posto non perché incapace ma per una botta di "sfiga". Mi chiedo poi come il baciato dalla fortuna potrebbe essere accoppiato alla Azienda Sanitaria Regionale che dovrebbe andare a dirigere, io proporrei una lotteria o più semplicemente accoppiarli con un algoritmo preciso ai primi estratti sulla ruota di Milano o magari, perché no, Napoli. In quale paese mi è capitato di nascere? Ogni tanto me lo domando, ai posteri l'ardua sentenza, se non mi venisse da piangere mi sbellicherei dal ridere fino a morire, da direttore generale estratto o non estratto, vedete voi.

Maurizio Dore

Direttore generale Asl TO5 e Presidente Federsanità Anci Piemonte

PATTO/ Personale, «Vergognosa degradazione dei medici», le critiche di Omceo e Aaroi-Emac

Non piacciono all'Ordine dei medici (Omceo) di Milano due novità del disegno di legge che riforma l'accesso dei medici al Servizio sanitario nazionale, presentato dal ministero della Salute e pronto per essere girato a quello dell'Istruzione. Riguardano la carriera del medico ospedaliero distinta in professionale e manageriale, e la possibilità di essere assunti negli ospedali con lo stipendio della caposala senza avere il titolo di specialista. «Ritengo vergognoso questo fatto - afferma **Roberto Carlo Rossi**, presidente Omceo Milano - Che c'entra lo stipendio della caposala? Sono medici, infatti, con tutte le responsabilità annesse e connesse. Trovo inoltre semplicemente folle che un medico venga discriminato a seconda del ruolo di manager e di professionista». Secondo Rossi, «la verità è che a causa dell'imminente uscita dalla professione di molti medici, per una scarsa programmazione dei posti in scuola di specialità e soprattutto per una scarsa volontà di investire nel personale medico, si trova più comodo degradare gli ufficiali a sottufficiali per pagarli di meno. Mantenendogli peraltro le stesse responsabilità». «Con l'aggravante - conclude - che il paziente che si ritiene danneggiato potrà sostenere anche di essere stato curato da un non specialista, facendo così lievitare la cosiddetta medicina difensiva».

Critiche dall'Aaroi-Emac

«L'accesso del personale medico al Servizio sanitario nazionale con inquadramento in una categoria non dirigenziale appare un maldestro tentativo di riordinarne la formazione specialistica». È quanto afferma il presidente dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani-Emergenza area critica (Aaroi-Emac), **Alessandro Vergallo**, che non risparmia critiche alla bozza di Ddl delega ex articolo 22 del Patto della Salute su gestione e sviluppo delle risorse umane del Ssn. «È innegabile - sottolinea in una nota Vergallo - che nel nostro Paese molti ospedali partecipino attivamente, insieme alle Università, alla rete formativa dei medici specializzandi, ma la creazione di un percorso formativo specialistico ospedaliero "minore", così concepito, aggiungerebbe al nostro Ssn ulteriori squilibri e rischi, sia professionali che assistenziali, a quelli già esistenti».

«Infatti - aggiunge - per quanto concerne specificatamente la disciplina di anestesia e rianimazione, per esempio, tutte le attività di diagnosi e cura sui pazienti sono esercitate personalmente e direttamente da ogni singolo medico anestesista rianimatore, e non da un'equipe: pertanto, è impensabile che tali attività siano poste in capo a medici neolaureati, le cui prestazioni professionali in tal caso si configurerebbero tutte come sostitutive e non integrative di quelle del personale specialista di ruolo». Un altro aspetto della bozza che non convince Vergallo è quello relativo allo «sdoppiamento della carriera professionale dei medici in distinti percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale, che lascia intravedere una

pericolosa e delegittimante scissione delle loro competenze integrate di clinical governance, di cui non si comprendono le finalità, a meno di non dover sospettare un loro progressivo e definitivo confinamento ad un ruolo amministrativo o, alternativamente e più probabilmente, a un ruolo esclusivamente tecnico, a beneficio di altre figure non mediche».

Secondo il presidente dell'Aaroi-Emac, il percorso da seguire dovrebbe invece partire «dai fabbisogni reali di specialisti negli ospedali rispetto alle eventuali carenze di posti nelle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, prevedendo, per coprire tali carenze, di concerto con ospedali e Università, l'implementazione dei posti necessari e/o una formazione specialistica in "ospedali di formazione", retribuita ad hoc». Sulla carriera professionale dei medici la soluzione di Vergallo è addirittura più semplice: «Dato che i medici con qualifica di direttore e/o di responsabile di Unità operativa, sia ospedaliera che universitaria, non possono oggi esimersi, per evidenti ragioni di natura organizzativa, funzionale, e contrattuale, dalle coesistenti competenze gestionali e cliniche connesse al loro ruolo, se qualcuno di essi non ritiene di esserne all'altezza - conclude - torni alla sottostante qualifica di dirigente medico, come il vigente contratto nazionale consente, e lasci il suo posto ad altro collega più in grado di assumerselo entrambe, e forse più motivato».

GIURISPRUDENZA Cassazione: le colpe del primario «non informato»

Il primario ospedaliero risponde del danno derivato da deficit organizzativo della struttura da lui diretta, se non riesce a dimostrare di avere adempiuto tutti gli obblighi imposti dalla legge (Dpr 27 marzo 1969, n. 128, articolo 7). Ogni primario deve essere informato sulle condizioni dei malati, deve avere impartito le necessarie istruzioni al personale, e predisposto le direttive per eventuali emergenze. Con questa motivazione la terza sezione della Cassazione (sentenza n. 22338 del 22 ottobre), ha rinviato per nuova valutazione quella della Corte d'appello di Messina che mandò assolto il sanitario. Nella fattispecie, il sanitario fu chiamato a rispondere della negligenza dei medici del reparto, che non rilevarono i dati pelvimetrici della gestante e non eseguirono il necessario parto cesareo. Durante le manovre i medici del reparto provocarono la lesione del plesso brachiale al neonato. I giudici di merito rilevarono la disorganizzazione del reparto per poi escludere la responsabilità del primario per quanto accaduto.

Motivazione ritenuta contraddittoria e laconica, tanto da convincere i giudici a rispedirla al mittente per un nuovo riesame imponendo un vero e proprio decalogo: accertare se e in che misura i deficit organizzativi della struttura sanitaria fossero imputabili anche al primario; accertare se e in che misura il primario si fosse attivato per prevenirli o attenuarne le conseguenze; accertare se vi fosse la concreta possibilità di trasferimento della paziente in altra struttura; esaminare analiticamente le censure mosse dai genitori del bambino.

In base al Dpr 128/1969, il primario risponde dei deficit organizzativi del reparto, quando questi siano consistiti in una carente assegnazione di compiti e mansioni al

personale e in scarse istruzioni. Il primario ospedaliero deve avere, afferma la legge, «puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano tutti i degenti, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza». Di conseguenza, afferma la sentenza, è in colpa il medico che tiene una condotta difforme da quella che nelle medesime circostanze avrebbe tenuto un professionista diligente, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, comma 2, e un primario "diligente" non avrebbe trascurato di impartire adeguate direttive al personale a lui sottoposto per gestire le emergenze, né avrebbe trascurato di informarsi sull'andamento di un parto che si preannunciava distocico.

DOCTOR 33.IT

Privacy, il Garante fa marcia indietro: lasciare ricette in sala d'attesa o in farmacia si può

Contrordine del garante della privacy: è consentito lasciare le ricette affastellate nella sala d'attesa dei medici di famiglia o presso le farmacie senza dovergliene consegnare di persona. È quanto emerge da una comunicazione inviata dal Garante ai medici nella quale si sottolinea come sia sufficiente che «siano lasciate presso le farmacie e gli studi medici per il ritiro dalla parte dei pazienti, purché siano messe in busta chiusa». Lasciarle, invece, incustodite «in vaschette poste sui banconi delle farmacie o sulle scrivanie degli studi medici, viola la privacy dei pazienti». Un clamoroso passo indietro rispetto alla presa di posizione dei mesi scorsi che aveva portato la Guardia di Finanza a intensificare i controlli sulle strutture sanitarie per verificare il rispetto delle regole sulla riservatezza, con molte sanzioni registrate tra i Medici di famiglia. La nuova linea lascia perplesso l'avvocato **Paola Ferrari**, da anni attiva nella difesa dei Medici di famiglia che aveva sottolineato a DoctorNews come «l'articolo 31 del Codice chiede di proteggere i dati sensibili da perdite e accessi non autorizzati» e anche che «mettere in condizione chicchessia di prendere una busta non sua, anche solo per distrazione. È una violazione». E adesso? «Dopo che nella sua relazione annuale il Garante bacchettò i medici informando, come fece in più occasioni, “di essere anche intervenuto in merito alle modalità di custodia delle prescrizioni mediche da parte di alcuni pediatri in attesa del loro ritiro da parte dei genitori. Nei casi esaminati le prescrizioni venivano collocate in contenitori non custoditi o affisse nelle bacheche situate nella sala di attesa dello studio medico”. Ora a sorpresa il passo indietro. «Il Garante» sottolinea Ferrari «ha precisato che le procedure, in vigore già da tempo, consentono ai medici di lasciare ai pazienti ricette e certificati presso le sale d'attesa dei propri studi o presso le farmacie, senza doverglieli necessariamente consegnare di persona». E si profilano problemi deontologici. «L'Ordine dei farmacisti, per esempio» conferma l'avvocato «dovrà chiarire per evitare di sconfinare nell'art.15 del codice deontologico che vieta l'accaparramento delle ricette».

GIURISPRUDENZA Medico scagionato per la morte di un paziente, l'ospedale non era idoneo

Se una struttura ospedaliera è carente nei mezzi e mal distribuita il medico non risponde per la morte del paziente anche ove vi fossero potenziali “pecche” nel suo comportamento. Ha risvolti importanti la sentenza della Corte di cassazione numero 46336, depositata il 12 novembre scorso, che chiama in causa solo l'ospedale: in questo caso, una grande struttura a padiglioni con due pronti soccorso, e un paziente che si reca nel Ps ortopedico per una frattura. L'infermiere gli assegna un codice verde in sede di triage, ma al medico di Pronto soccorso ortopedico il paziente riferisce dolori all'addome. Il medico non può accertarne l'origine perché non c'è un ecografo e deve dirottare al Pronto soccorso generale. Siccome manca l'ambulanza, il paziente è trasferito in barella. In Ps generale il medico presente è uno solo ed è oberato: riesce a telefonare al collega ortopedico per lamentarsi che il paziente non sia stato subito avviato in chirurgia. L'uomo muore, e i due medici sono condannati in primo grado per omicidio colposo; gli strascichi della vicenda arrivano al terzo grado di giudizio. La Cassazione ha sottolineato che si è perso tempo non per i comportamenti dei medici (in Pronto soccorso generale era troppo tardi per salvare la vita al paziente) ma per la scelta irrazionale di avere Ps separati. Quanto ai medici, non rileva che quello del Ps generale non abbia visitato in tempo in paziente; a quel punto il malcapitato non si poteva più salvare.

La materia è molto vischiosa. Da una parte la Cassazione con sentenza 18304 di quest'anno ha esteso al medico la responsabilità della struttura a seguito di una complicanza gravissima di una paziente trattata con mezzi inadeguati, poiché il medico sarebbe sempre tenuto a indirizzare il paziente verso un centro più attrezzato. Dall'altra parte però è sempre dietro l'angolo il rischio licenziamento per il medico che sconsigli al malato la struttura per cui opera perché “inadeguata”.

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584