

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 21 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Giunta e Consiglio pensano già alle Asl

Di mattina la Giunta, nel pomeriggio il Consiglio: è una giornata piena. In viale Trento, all'ordine del giorno c'è il Programma di sviluppo regionale. In via Roma, è annunciato il via libera definitivo all'assestamento di bilancio e anche l'anteprima, nei corridoi del palazzo, al confronto sul riordino delle Asl, che in aula comincerà domani. Giunta. Presentato nei giorni scorsi al sindacato e agli imprenditori, il Programma di sviluppo sarà consegnato oggi all'esecutivo dal vicepresidente e assessore al Bilancio, Raffaele Paci. Nei fatti, è il primo documento pluriennale della giunta Pigliaru, con un quadro (seppure in evoluzione) delle risorse finanziarie disponibili fino al 2019 e su come la Regione le vuole spendere. Consiglio. Il sì dell'aula alla manovra da oltre 200 milioni, sono le correzioni di Paci all'ultima Finanziaria Cappellacci, è scontato. Compatto il centrosinistra, mentre dal blocco dei contrari, il centrodestra, potrebbe uscire il Psd'Az con un'astensione. Ma ormai l'attenzione del Consiglio è tutta rivolta al riordino delle Asl, con la nascita dell'Azienda per le emergenze e anche anteprima al licenziamento fra non più di un mese dei manager nominati anni fa dal centrodestra. Il dibattito – annunciato accesso – dovrebbe cominciare domani o al più tardi giovedì. Relatore di maggioranza, sarà il consigliere regionale del Pd, Luigi Ruggeri. Poi bisognerà vedere come si comporteranno i due partiti della coalizione (Cd e Partito dei sardi) che si sono astenuti in commissione.

San Raffaele, si “chiude” giovedì Incontro a Palazzo Chigi tra il ceo della Qf e il sottosegretario Del Rio

Tutto in poche ore. Il futuro del San Raffaele si deciderà intorno a un tavolo giovedì a Roma. L'incontro è stato fissato a Palazzo Chigi alle 10. Un vertice ai massimi livelli. Ci saranno il sottosegretario della Presidenza del Consiglio Graziano Del Rio e il Ceo della Qatar Foundation Endowment (Qfe), Rashid Al Naimi. Al centro ancora il futuro del San Raffaele. La cordata guidata da Qf ha posto giovedì come termine ultimo per l'accordo. O arriva il via libera definitivo o il braccio operativo del governo del Qatar investirà altrove. Il Governo dovrà confermare la disponibilità

della struttura alle porte della città. In caso contrario gli investitori qatarini abbandoneranno i progetti in Italia. L'ultimatum è stato annunciato con una lettera indirizzata a Del Rio e, per conoscenza, al governatore Francesco Pigliaru. E il manager che guida la fondazione, Lucio Rispo, ha spiegato nei dettagli quali sono gli ultimi ostacoli all'apertura del super ospedale. L'edificio bianco alle porte di Olbia è ora nelle mani della cordata guidata dalla Qf. L'accordo con le banche e i commissari è arrivato alla fine della settimana. L'offerta da 30 milioni di euro fatta dalla cordata è stata accettata. Ma c'è un altro nodo che sembra di difficile soluzione. Ci sono 60 ettari intorno alla struttura che sono indispensabili per poter completare il centro alle porte di Olbia. Ma i terreni sono nelle mani dei commissari liquidatori. La Qf ha offerto 3,6milioni di euro per fare sue quelle aree, più altri 700mila euro per acquistare ruderi e materiali abbandonati su quei terreni. Ma i commissari che gestiscono i beni della società Monte Tabor per ora non sono sembrati convinti dell'offerta. Tanto che Rispo non ha nascosto il proprio pessimismo. «Sono convinto che non si arriverà all'accordo entro il 23 – aveva spiegato –. E noi nostro malgrado saremo costretti ad andare altrove». Il nodo sarebbe legato al prezzo ritenuto non sufficiente per i 60 ettari. Per i commissari valgono molto di più. Un nodo che si dovrebbe risolvere in queste ore. E forse il vertice a Palazzo Chigi riuscirà a superare l'ultimo ostacolo. Intanto si mobilita anche la politica regionale. Il consigliere di Forza Italia Pietro Pittalis ha presentato una interrogazione che in cui chiede che la Regione porti avanti con tutti i mezzi possibili la chiusura della controversia sul San Raffaele. La preoccupazione è che svanisca l'accordo sul filo di lana. Le diplomazie sono a lavoro, ora si attende di capire cosa accadrà nelle prossime ore. Ore decisive che dovranno appianare ogni ostacolo per l'incontro di giovedì a Roma in cui si dovrebbe finalmente chiudere la telenovela infinita sull'ospedale.

OLBIA Asl, allarme tra i sindaci: l'autonomia non si tocca

In concomitanza con l'avvio della discussione in consiglio regionale della legge sul riordino della sanità in Sardegna i due presidenti dei distretti sanitari di Olbia e Tempio, Antonio Satta e Romeo Frediani, hanno rilanciato la questione dell'autonomia della Asl della Gallura. Lo hanno fatto inviando una lettera al presidente della giunta regionale e all'assessore alla Sanità. «A nome dei sindaci dei comuni della Asl 2 – scrivono Satta e Frediani – ribadiamo le nostre legittime preoccupazioni, riguardo alla nuova legge. Come è noto, il territorio della Gallura si caratterizza, lo ricordiamo, per una sua continua crescita e un altrettanto rilevante sviluppo, rispetto ad altre aree della Sardegna, che pone le città di Olbia, Tempio e La Maddalena fra le più importanti dell'isola, con Olbia addirittura terza per estensione demografica. La presenza di un aeroporto internazionale, un porto passeggeri fra i più importanti del Mediterraneo, l'unico collegamento con l'Europa, attraverso i porti di Santa Teresa e Bonifacio e un'industria turistica di interesse mondiale, fanno, di questo territorio, un punto di riferimento non solo per il nord Sardegna, ma per l'intera regione». «In questa vasta area è fondamentale garantire l'efficienza e la

funzionalità di tutti i servizi, primo fra tutti la sanità pubblica – aggiungono i due presidenti – è necessario, pertanto, non solo confermare la presenza di una sede Asl, ma, se possibile, consolidarla». La lettera parte da un presupposto: nel recente incontro nella sede della Provincia, fra l'assessore regionale Luigi Arru, i sindaci del distretto e le forze sociali, era emersa la certezza che la Asl 2 non avrebbe subito i tagli nell'ambito dell'imminente riforma e che, comunque, gli attuali servizi sarebbero stati garantiti, se non rafforzati. «Al momento – dicono ancora Satta e Frediani – non è dato conoscere quale sarà la nuova geografia delle Asl, che la nuova legge dovrà indicare, ma, trattandosi di una fase delicata e, ancora tutta da definire, le preoccupazioni fra gli amministratori e i cittadini è legittima». «La Gallura – concludono i due sindaci – non può, in alcun modo, perdere la sede Asl. In caso contrario, si assesterebbe un altro colpo mortale, immotivato e inaccettabile, alla già precaria economia del territorio e le conseguenze interesserebbero, inevitabilmente, tutto il centro nord della Sardegna. È fondamentale garantire i distretti di Olbia, Tempio e l'ospedale della Maddalena. Vi chiediamo, pertanto, un forte impegno, in questa fase di riorganizzazione del sistema sanitario sardo, al fine di confermare l'istituzione della sede Asl a Olbia, così come è strutturata attualmente».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Programma nazionale esiti. Migliorano le cure ospedaliere. Ma molte strutture sotto standard

Al sud ancora troppi cesarei, migliorano i tempi d'intervento per frattura del femore ma è ancora troppo elevato il numero di ospedali che eseguono un numero di operazioni sotto gli standard minimi. Questo e non solo lo scenario osservato dal Programma nazionale esiti 2014 di Agenas e Ministero della Salute sulla qualità delle cure erogate dagli ospedali italiani. FOCUS PNE 2014

Dal numero di parti cesarei primari fino ai tempi di operazione per una frattura al femore, passando per l'analisi dell'indice di mortalità per infarto. È una sanità italiana che migliora, ma lo fa a macchia di leopardo e in alcuni casi ancora a bassa velocità, quella analizzata dall'edizione 2014 del Programma nazionale esiti (PNE) sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute e presentato oggi a Roma e in cui, a fronte di un miglioramento delle performance si evidenziano ancora “forti disomogeneità nell'efficacia e nell'appropriatezza delle cure tra Regioni, aree, ospedali, con importanti variazioni temporali”. Ancora troppi per esempio i parti cesarei primari al Sud e soprattutto in Campania mentre migliorano i tempi di operazione della frattura del femore nell'anziano (anche se ancora siamo lontani dagli standard) senza dimenticare come molte strutture non raggiungono ancora i volumi d'intervento minimi prefissati (vedi approfondimento) per esempio per i parti ([Vedi](#)

le strutture con meno di 500 parti annui) e per alcune operazioni di tumore. **“Non è una classifica”**. Il PNE attraverso i suoi 129 indicatori di volume, esito/processo e ospedalizzazione “non fornisce graduatorie, pagelle o giudizi né a livello regionale né a livello di struttura” specificano in ogni caso Agenas e Ministero che sottolineano come esso sia “uno strumento operativo a disposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori per il miglioramento delle performance e per l’analisi dei profili critici, attraverso attività di audit” e soprattutto che “le evidenze scientifiche mostrano che dove esso viene utilizzato come strumento di governance migliora la qualità delle cure”. Sta di fatto che, nonostante il percorso sulla qualità dei dati sia ancora lungo, e quindi i numeri siano da prendere con le molle, ad oggi questo è l’unico sistema in grado di valutare come funziona il Ssn.

Le performance (vedi anche elaborazioni di Qs su 3 tra gli indicatori principali). Nello specifico da una prima analisi del Programma (da notare che la nuova edizione di PNE contiene una sezione dedicata agli audit in cui si evidenziano le strutture per cui il dato è ancora da verificare, quest’ultime non sono state quindi prese in considerazione) migliorano le performance sui parti cesarei primari passati dal 29% del 2008 al 26% del 2013. Rimangono però ancora molto evidenti le differenze tra le regioni del nord con valori intorno al 20% e le meridionali con valori prossimi al 40% e che, nel caso della Campania, arrivano al 50%. L’esito più favorevole l’ha registrato l’Ospedale di Carate-Carate Brianza (Monza) che a fronte di 1629 interventi ha registrato un esito del 5,16%. La CCA Villa Cinzia di Napoli, invece, con 92,7% di cesarei primari ha registrato l’esito più sfavorevole. Indicatore importante è poi quello relativo alla proporzione di fratture di femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni, che sono passate dal 28.7% del 2008 al 45.7% del 2013, restando però ancora al di sotto dello standard atteso, superiore all’80%. In ogni caso, il progresso, secondo le stime basate sui dati di mortalità a un anno, mostra che il numero di decessi prevenuti in questo periodo, grazie all’anticipazione dell’intervento è di circa 6000. Se il valore nazionale medio è del 45.7%, anche in questo caso si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 10% ad un massimo del 90%. La performance più favorevole l’ha registrata l’Ospedale di Merano con l’89,9%, mentre l’esito più sfavorevole l’ospedale Barone Romeo Patti in provincia di Messina con il 10% di operazioni effettuate entro le 48 ore.

Le novità. L’edizione 2014 di PNE sui dati aggiornati al 2013 analizza 58 indicatori di esito/processo, 50 volumi di attività e 23 indicatori di ospedalizzazione. PNE analizza i dati per struttura e non fornisce indicatori per Regione, essendo la variabilità intraregionale superiore a quella interregionale. Il nuovo sito PNE 2014, oltre alle sezioni “Struttura ospedaliera/ASL” e “Sintesi per struttura/ASL” in cui sono riportati i risultati di tutte le strutture ospedaliere/ASL di residenza per ciascun indicatore, include:

Una sezione “Emergenza-Urgenza” che contiene le informazioni relative alla copertura dei dati dell’emergenza urgenza per le diverse regioni e la distribuzione per numero di accessi e tempi di permanenza per struttura. Non essendo ancora completa

la copertura a livello nazionale, non è possibile misurare indicatori utilizzando questo sistema per tutta Italia. Una sezione "Sperimentazioni regionali" che contiene i protocolli degli indicatori calcolati dalle regioni che hanno attivi sistemi informativi sanitari non ancora disponibili a livello nazionale. Una sezione "Strumenti per Audit". Nel 2013 PNE ha promosso attività di audit sulle strutture con mortalità a 30 giorni dopo ricovero per infarto acuto del miocardio o troppo elevata o troppo bassa rispetto alle evidenze scientifiche disponibili. Questa attività di audit ha messo in evidenza numerosi problemi di qualità dei dati del sistema informativo ospedaliero. Inoltre si sono verificati problemi anche nella codifica delle comorbidità utilizzate per stimare i tassi aggiustati di alcuni indicatori tra cui la proporzione di parti cesarei primari. Nel 2014 l'attività di audit è prevista per tutti gli indicatori per i quali esistono forti evidenze scientifiche di una relazione con la qualità delle cure erogate, ma la cui interpretazione dipende dalla qualità dei dati utilizzati per l'elaborazione. In questa sezione sono forniti gli elenchi delle strutture da sottoporre al processo di audit sulla qualità dei dati.

- **Dai parti alle operazioni di tumore: ancora troppe strutture con pochi volumi di attività**
- **Intervista a Marina Davoli (Agenas):** ["Ecco perché il PNE non produce classifiche"](#)
- **Taglio cesareo:** [proporzione su parti primari \(media esiti Italia 25,98%\)](#)
- **Frattura del collo del femore nell'anziano:** [intervento chirurgico entro 48 ore \(media esiti Italia 45,7%\)](#)
- **Infarto miocardico acuto (Ima):** [sale proporzione trattati con Ptca entro 2 giorni](#)
- **Bevere (Agenas):** ["Da dati 2013 sensibili miglioramenti. Percorso delineato da standard ospedalieri va nella giusta direzione"](#)
- **Silvestro (Ipasvi):** ["Più tagli, meno programmazione: un'equazione che danneggia servizi e pazienti"](#)
- **Lorenzin:** ["Adeguarsi a standard è un obbligo. Inaccettabili differenze tra Regioni"](#)
- **Ripa di Meana (Fiaso):** ["Il miglioramento delle performance dei nostri ospedali frutto della spending condotta da Asl e Ao"](#)
- **Piazza (Acoi):** ["Pne conferma necessità di passare da sistema regionale a statale"](#)

Chirurgia. Per la Cassazione la conta delle garze a fine intervento è attività "plurale"

La sentenza riguardava un caso relativo ad un parto cesareo in cui venne "abbandonata" una garza laparotomica che causò un ascesso con conseguente cancrena. La Cassazione ha rimarcato come la conta delle garze presupponga un'attività "plurale" dell'intera equipe di medici e infermieri, non gerarchica tesa al raggiungimento dello scopo "sicurezza". LA SENTENZA

In seguito a un parto cesareo viene "abbandonata" una garza laparotomica (40cmx40 cm) la quale ha causato un ascesso con conseguente cancrena che ha portato alla necessità di un nuovo intervento chirurgico con relativa resezione intestinale e drenaggio della cavità residua. La posizione del chirurgo appare

immediatamente grave non solo per la dimenticanza ma anche per il colpevole atteggiamento post operatorio di noncuranza e trascuratezza rispetto alle segnalazioni ripetute della paziente.

Dalla documentazione sanitaria appare una verbalizzazione sospetta (“chiesto e riferito uguale all’inizio il conteggio del materiale chirurgico impiegato”) eseguita con grafia del chirurgo, aggiunta in un momento successivo alla prima compilazione, con penna e grafia diversa. Tipica “aggiunta” alla documentazione precedente definita “palesamente posticcia”.

Il Tribunale di Ascoli dichiarava la responsabilità del chirurgo e dell’infermiera strumentista per lesioni colpose. Viene provato il fatto che il conteggio non sia stato effettuato. Gli imputati hanno dichiarato un conteggio effettuato informalmente mentre l’operazione non è stata effettuata come da testimonianza della stessa paziente “che nel corso della operazione era sveglia e vigile in quanto non sottoposta ad anestesia totale”.

La Corte di appello ha confermato la sentenza di primo grado. La Corte di cassazione ha dichiarato inammissibili i ricorsi del medico e dell’infermiera strumentista ponendo in modo definitivo la parola fine alla vicenda. Dai vari dibattimenti sono diversi i punti di interesse. Cominciamo dalla posizione del chirurgo. Abbiamo visto che il comportamento successivo all’intervento è stato particolarmente negligente: nonostante le ripetute visite e doglianze della paziente non è intervenuto con la giusta diligenza e perizia che si richiedono in casi consimili. In questa sede ci interessa, però, di più il comportamento intra-operatorio.

I fatti dimostrano:

- a) non vi è stata la “conta delle garze”, aspetto particolarmente grave;
- b) se anche vi fosse stata sarebbe stata errata;
- c) la falsa e postuma dichiarazione in cartella sulla reale effettuazione della conta;
- d) il ruolo del chirurgo nella conta e nella verifica dei corpi estranei che presuppone sostanzialmente un obbligo di controllo. Tale obbligo, ha specificato la Suprema Corte “non può ritenersi soddisfatto con il semplice affidamento di essa ad una infermiera, senza interessarsi al suo esito, come ritenuto dall'imputato”. “La verifica, infatti, implica un controllo attivo che va compiuto interpellando personalmente il personale incaricato e chiedendo i dati numerici dei diversi conteggi; cosa che pacificamente non è stata fatta”. Ruolo attivo dunque e non mera “delega” del resto neanche configurabile in un caso consimile.

Per quanto riguarda l’infermiera strumentista stupisce la difesa adottata, particolarmente suicida, nella parte in cui ha cercato di affermare la sua non competenza in ordine al controllo delle garze. L’infermiera strumentista è senza dubbio la responsabile del tavolo operatorio, del materiale preparato, del numero di ferri, aghi, taglienti e garze utilizzato. Eccepire, come ha fatto la sua difesa, l’impossibilità a effettuare la conta in quanto “occupata in una incombenza di assistenza operatoria che richiedeva di agire in completa sterilità” e, dunque non

potrebbe partecipare alla procedura, appare contraria a tutte le buone pratiche adottate in questi anni e che possono portare – secondo i dettami della legge Balduzzi - anche a esoneri di responsabilità penale.

Il principio di diritto che viene ribadito dalla Corte non è nuovo ma è più esplicito delle pronunce precedenti:

“In definitiva, sia con riguardo alla posizione del chirurgo che dell’infermiera, va necessariamente rimarcato che il controllo di cui si discute è mirato a fronteggiare un tipico, ricorrente e grave rischio operatorio: quello di lasciare nel corpo del paziente oggetti estranei. Esso è conseguentemente affidato all'intera equipe, proprio per evitare che la pluralità dei difficili compiti a ciascuno demandati, le imprevedibili contingenze di un'attività intrinsecamente complessa come quella chirurgica, la stanchezza o la trascuratezza dei singoli, o altre circostanze possano comunque condurre ad un errore che ha conseguenze sempre gravi. Si richiede, dunque, l'attivo coinvolgimento di tutti i soggetti che intervengono nell'atto operatorio. Essi devono attivamente partecipare alla verifica. In conseguenza, non è prevista e sarebbe giustificabile razionalmente la delega delle proprie incombenze agli altri operatori, poiché ciò vulnererebbe il carattere plurale, integrato del controllo che ne accresce l'affidabilità”.

Il controllo delle garze e di tutti i materiali usati a fine intervento è quindi un compito dell'intera equipe che vede l'attivo coinvolgimento di tutti i soggetti che hanno partecipato all'intervento e tale controllo ha carattere “plurale”. Siamo quindi oltre all'usuale riferimento del principio dell'affidamento secondo il quale ogni professionista deve contare sul corretto adempimento degli altri soggetti dell'equipe tenuti all'osservanza delle regole di condotta. Il principio dell'affidamento presuppone la segmentazione dell'attività, l'attribuzione a ciascuno di una parte del processo professionale: in questa ottica ognuno è responsabile di quanto esegue e gli altri membri dell'equipe si “fidano” di quanto compiuto dall'azione altrui.

Intervengono solo laddove ravvisano l'errore.

Nelle attività plurali non vi sono divisione segmentarie dell'attività: sono “plurali” in quanto competono a tutti i membri dell'equipe che devono interagire fra di loro.

La conta delle garze quindi presuppone un'attività “plurale”, orizzontale, non gerarchica tesa al raggiungimento dello scopo “sicurezza”. Per usare le parole della Corte nelle precedenti pronunce è attività “corale” che riguarda “quelle fasi dell'intervento chirurgico in cui ognuno esercita il controllo del buon andamento di esso, non si può addebitare all'uno l'errore dell'altro e viceversa” (Corte di Cassazione, IV sezione penale, sentenza 21 settembre 2009, n. 36580). I componenti dell'equipe diventano, in questi casi, “un gruppo di professionisti sostanzialmente equivalenti e paritetici” e non gruppi retti dai principi gerarchici, del tutto inadatti a raggiungere l'obiettivo sicurezza.

Nella stessa check list ministeriale è confermato il carattere “plurale” laddove viene

specificato, nella fase “sign out” che “l’infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell’equipe il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico”. Conferma verbalmente “insieme” agli altri componenti e non “comunica agli altri componenti”. Ogni membro dell’equipe mantiene un ruolo interagendo con gli altri. La Suprema Corte è stata chiara sul punto. Comunicazione dei vari conteggi e assenso comune del risultato finale sono proprio le caratteristiche dell’attività che i supremi giudici assumono proprio come plurale.

Sul resto osserviamo la solita “aggiustatina” inutile alla documentazione sanitaria realizzata con le ingenuie modalità “per aggiunta” di cui altre volte si è occupata la Corte di cassazione.

In tema di prova, invece, stupisce - ma non dovrebbe stupire più di tanto - il ruolo della testimonianza della paziente che non sottoposta a anestesia generale ha fatto emergere la non effettuazione della conta delle garze. Il paziente, dunque, sempre più protagonista in prima persona di violazioni delle regole di sicurezza che lo danneggiano.

Il mondo professionale sanitario deve tenerne conto.

DOCTOR 33.IT

Fascicolo sanitario. Da Mmg allarme privacy: serve ok paziente per ogni dato messo online

«La comunicazione a terzi dei dati sanitari dei cittadini, prevista nella de materializzazione e nel contesto dell’attivazione del fascicolo sanitario elettronico “remoto” è un rischio per il rapporto fiduciario e per la medicina generale. Ogni dato conferito al mmg e da questi girato alla regione senza prima chiedere all’utente è un potenziale segreto violato». Luca Puccetti presidente della società medica interdisciplinare Promed Galileo anticipa a DoctorNews alcuni dei contenuti della relazione che presenta oggi a Montecitorio alla giornata di studi organizzata dalla Società Italiana di Telemedicina su “diritto del paziente alla riservatezza ed utilità della condivisione del dato sanitario”. «In alcune regioni si vanno attivando i fascicoli sanitari online ma senza spiegare cosa implicano – afferma Puccetti, che è medico di famiglia - ed è strano che nessuna forza politica si accorga delle possibili implicazioni del Fse per l’evoluzione del diritto costituzionale alla riservatezza. Il combinato disposto di convenzioni e leggi sta per fare in modo che il medico curante possa trasmettere a Ministero dell’Economia, Asl e Regione tutte le informazioni ottenute dall’assistito. Ma non è detto che quest’ultimo voglia mettere a parte gli operatori dell’Asl di ogni sua nuova patologia». «Dopo l’attivazione della tessera sanitaria, cui consegue quella del Fse – rivela Puccetti – i pazienti mi chiedono a cosa serve quest’ultimo perché non hanno capito cos’hanno firmato. Io spiego loro che le

informazioni sulla loro salute, malattie incluse, possono essere viste da altri soggetti anche se estranei al rapporto di cura, e loro s'indignano. A noi medici di famiglia occorrerebbe chiedere il consenso ogni volta che inseriamo un nuovo dato nel fascicolo. Ma non siamo attrezzati: un segretario ogni cinque medici rende impossibile girare flussi informativi di volta in volta compresi e sottoscritti da medico e dai suoi 30 utenti al giorno. La soluzione starebbe in sistemi di anonimizzazione del dato inviato, che richiedono un progetto globale e un investimento mirato, temo arrivi prima la percezione da parte dei pazienti che il proprio dato sensibile sia in pericolo, una percezione che renderà gli assistiti riluttanti a condividere vitali informazioni anamnestiche con il mmg e con il Servizio sanitario, con gravi ripercussioni sulla prevenzione, sui percorsi diagnostico-terapeutici e sulla salute».

Più tasse su rendimenti previdenziali. Enpam ventila cambi di rotta su investimenti

Acquisti monstre di Bot da parte dell'Enpam? D'ora in poi lo stato potrebbe scordarsene. L'aumento della tassazione dei rendimenti del patrimonio di medici e Dentisti previsto nella prossima Finanziaria non è andato giù ai vertici della Fondazione. Il presidente Enpam **Alberto Oliveti** è chiaro con l'Ansa: «nell'impiegare i nostri soldi, d'ora in avanti, tuteleremo solo l'interesse dei nostri iscritti» visto che «sulla tassazione delle rendite finanziarie il governo non fa differenza fra l'investimento privato per un profitto e l'investimento a supporto della sostenibilità previdenziale». Secondo le bozze della legge di stabilità presentata in questi giorni lo Stato mira a ottenere oltre 3,6 miliardi di introiti dalla tassazione sulle rendite finanziarie. Rispettivamente 2,6 miliardi verrebbero dall'aumento dal 20 al 26% delle aliquote sui rendimenti dei patrimoni delle casse privatizzate e oltre 1 miliardo dall'incremento dall'11,5 al 20% del prelievo sui rendimenti dei fondi pensione. Oliveti spiega anche che le Casse previdenziali private hanno ampia autonomia conferita dalla legge su come impiegare i loro patrimoni e afferma che «in un momento in cui aspettative di ricavare grandi rendimenti senza correre grandi rischi non ce ne sono», intende «investire nello sviluppo della professione, quella che poi sostiene il flusso contributivo». Pronto il sostegno dei sindacati e in particolare dello Snami. Per la sigla dei medici di famiglia guidata da Angelo Testa, la tassazione al 26% - già attuata in passato con la possibilità di un "ristoro" del 6% nell'anno susseguente, annullato dall'attuazione del patto di stabilità- ha il sapore di uno scippo, «e si traduce in uno svantaggio verso Casse e professionisti d'Europa».

Assobiomedica replica a Report, non si generalizzi su episodi di illegalità

Una delicata operazione chirurgica avvenuta in un ospedale del sud dove viene impiantato un dispositivo bi-ventricolare svolta non dal chirurgo bensì dall'addetto vendite di una nota multinazionale produttrice di defibrillatori. A mostrare questa

scena nella puntata di domenica scorsa la trasmissione Report, che torna così a scuotere il mondo della sanità e in particolare quello dei produttori di dispositivi visto che secondo un altro venditore intervistato il fatto non sarebbe un'eccezione. La finalità sarebbe quella di offrire ai medici compiacenti un prodotto "chiavi in mano", operazione compresa, al fine di agevolarli nel servizio, vendere più dispositivi, guadagnare più provvigioni e far ingrassare, come sottolinea una nota della trasmissione, il fatturato delle aziende. E proprio i produttori di Assobiomedica reagiscono prontamente con un comunicato nel quale sottolineano come «la presenza del product specialist in sala operatoria è essenziale per garantire l'utilizzo ottimale di questi prodotti tecnologicamente avanzati, le stesse Asl» continua la nota «chiedono questo servizio che per l'impresa è un costo e non rappresenta certo un pretesto per fare business. Le linee guida per gli specialisti di prodotto, realizzate da Assobiomedica e dall'associazione europea di riferimento Eucomed, sono state implementate dalle imprese, tanto è vero che, come nel caso citato da Report, l'impresa ha avviato un'azione disciplinare nei confronti dello specialist che non aveva rispettato i limiti imposti, il cui rapporto di lavoro è cessato. Queste linee guida sono state oggetto di corsi di formazione, a cui hanno partecipato oltre 1600 qualificati specialisti delle imprese. Se esistono episodi di illegalità» conclude Assobiomedica «nelle sale operatorie e nella formazione medico-scientifica è giusto che vengano perseguiti, in quanto contrari ai codici etici dell'Associazione e delle imprese associate».

DIRITTO SANITARIO **Causa di servizio: onere della prova in caso patologia**

Il dipendente che sostenga la dipendenza dell'infermità da una causa di servizio, ha l'onere di dedurre e provare i fatti costitutivi del diritto, dimostrando la riconducibilità dell'affezione denunciata alle modalità concrete di svolgimento delle mansioni inerenti la qualifica rivestita. Ne consegue che, ove la patologia presenti un'eziologia multifattoriale, il nesso causale tra attività lavorativa ed evento, in assenza di un rischio specifico, non può essere oggetto di presunzioni di carattere astratto ed ipotetico, ma esige una dimostrazione, quanto meno in termini di probabilità, ancorata a concrete e specifiche situazioni di fatto, con riferimento alle mansioni svolte, alle condizioni di lavoro e alla durata e intensità dell'esposizione a rischio. La Cassazione ha così confermato il diniego di equo indennizzo del dipendente ASL che aveva agito in giudizio per ottenere il riconoscimento della causa di servizio in relazione all'infarto subito quale dedotta conseguenza dello sforzo posto in essere durante l'attività lavorativa.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584