

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

SABATO 25 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## SASSARI Medico e segretaria arrestati per truffa

La segretaria sostituiva spesso il medico, effettuava visite oculistiche, spirometriche e - in alcuni casi - anche cardiologiche. E rilasciava i certificati sanitari senza averne alcun titolo. L'indagine dei carabinieri del Nas è cominciata nel 2010 e si è conclusa l'estate scorsa: ieri i primi provvedimenti dell'autorità giudiziaria. I militari hanno eseguito due ordinanze agli arresti domiciliari per il dottor Gianni Marras, 52 anni, sassarese - medico di base convenzionato con la Asl e titolare di uno studio associato di Medicina del lavoro - e per la sua segretaria Jenny Piana, 41, di Sassari. I reati contestati sono quelli di truffa, falso, esercizio abusivo della professione e frode in pubbliche forniture. Nel corso dell'attività investigativa, i carabinieri del Nas hanno denunciato in stato di libertà altre 13 persone, tra cui medici dello studio associato e funzionari pubblici: avrebbero informato gli indagati su notizie che dovevano rimanere segrete. I provvedimenti sono stati richiesti dal sostituto procuratore della Repubblica Elisa Loris, titolare dell'inchiesta, e firmati dal giudice delle indagini preliminari Carla Altieri. Complessa l'attività investigativa che è andata avanti per circa quattro anni ed era partita da alcune anomalie che riguardavano proprio le visite eseguite nello studio associato. In pratica, i dipendenti che si erano recati nell'ambulatorio per eseguire le visite necessarie all'ottenimento dell'idoneità al lavoro, avevano raccontato di essere stati visitati da una dottoressa (che nel corso degli accertamenti sarebbe stata individuata nella segretaria del medico). Un sistema collaudato - secondo i carabinieri della salute - con comportamenti che sarebbero diventati prassi e andati avanti per parecchio tempo. Allo studio medico facevano riferimento dipendenti di aziende pubbliche (ecco perché è stata contestata la frode in pubbliche forniture) e private e gli utenti - sentiti nel corso delle indagini - avrebbero descritto la tipologie delle visite e la conduzione diretta da parte di Jenny Piana che - di fatto - «agiva come se fosse un medico». Tra le 13 persone indagate a vario titolo (non solo altri medici dello studio associato ma anche funzionari pubblici), ci sono anche coloro che - durante la delicata fase degli accertamenti - sono stati sentiti dai carabinieri del Nas e - nonostante l'avviso a non rendere pubblico il contenuto dei colloqui con gli investigatori - si erano premurati di informare tempestivamente

medico e segretaria, spiegando che erano stati interrogati in merito alle attività svolte nello studio e alla specificità delle visite effettuate per l'abilitazione al lavoro, sul rilascio dei certificati medici. Non potevano sapere, o forse non immaginavano, che in quel periodo i carabinieri avevano già attivato anche una serie di attività tecniche che consentivano di ascoltare le comunicazioni che arrivavano su determinate utenze. Per cui la ricostruzione delle "soffiate" e il coinvolgimento di altre persone, a vario titolo, ha consentito di definire una situazione ancora più ampia. Oltre al medico e alla segretaria agli arresti domiciliari (provvedimenti eseguiti nella mattinata di ieri), sono entrati nell'inchiesta anche colleghi di studio del dottor Gianni Marras e funzionari pubblici che - con l'intenzione di accreditarsi in qualità di "sentinelle" per annunciare il pericolo rappresentato dall'inchiesta, hanno finito per entrare anche loro nel sistema illegale. I due arrestati verranno sentiti la prossima settimana dal giudice delle indagini preliminari e dovranno difendersi da reati gravi. In particolare dovranno fornire risposte in merito alle contestazioni che sono emerse a conclusione della lunga fase di indagine (quasi quattro anni), nel corso della quale sono state raccolte numerose testimonianze di clienti dello studio medico.

## **Ricette fantasma, il precedente del 2005 Il dottor Marras era stato indagato con due farmacisti Il caso si conclude per intervenuta prescrizione.**

Non è la prima volta che il dottor Marras entra in una indagine dei carabinieri del Nas. Nel 2005, infatti, i militari si erano trovati a indagare su un presunto traffico di ricette e sette anni dopo era finito a processo per i reati di truffa e ricettazione, abuso d'ufficio e falsità ideologica. La storia si era conclusa con un nulla di fatto per intervenuta prescrizione. Stando alle accuse, tra il 2003 e il 2004 (l'indagine era stata chiusa nel 2005), il medico era stato accusato di avere prescritto farmaci a un nutrito gruppo di "ignari" pazienti. In pratica i carabinieri del Nas avevano recuperato - durante una serie di accertamenti - almeno 100 ricette che contenevano prescrizione di farmaci - alcuni pare con aggiunte successive a penna - che i rispettivi pazienti sostenevano allora di non avere mai assunto. Il dottor Gianni Marras era finito nell'inchiesta insieme a una collega - medico di base e dietologa - e a due farmacisti, tutti sassaresi. Secondo l'accusa, il "gioco" delle ricette sarebbe stato messo in piedi per realizzare una truffa ai danni dell'Asl relativa al rimborso dei farmaci prescritti ma mai venduti e, quindi, non ritirati e non utilizzati dagli intestatari delle ricette. Da quelle indagini era scaturita l'udienza preliminare e poi il processo al medico di base e a due farmacisti (ai quali era stato contestato solo il falso ideologico e l'abuso di ufficio). Il Tribunale, però, circa sette anni più tardi aveva dovuto prendere atto che tutte le accuse erano cadute per effetto del tempo. E nel mese di novembre del 2012 era stato lo stesso pubblico ministero Carlo Scalas (che aveva ereditato il caso dal collega Michele Incani) a sollecitare l'assoluzione per intervenuta prescrizione. Nel corso delle indagini, i carabinieri del Nas avevano sentito numerosi testimoni che avevano raccontato di non avere mai acquistato quei farmaci indicati nelle ricette. La

Asl si era costituita parte civile, ma di fronte alla prescrizione i legali avevano rinunciato anche alla richiesta della provvisionale. I difensori del dottor Marras, invece, avevano indicato una trentina di testimoni che avrebbero confermato di essere affetti da patologie che, in qualche modo, potevano essere curate con i medicinali “fantasma”.

## **SASSARI Morì dissanguato, i medici si difendono Tre chirurghi indagati per omicidio colposo mostrano al giudice le foto dell'intervento: «Protocollo seguito alla perfezione»**

Quel giorno i chirurghi osservarono alla perfezione le norme previste dal protocollo, furono costretti ad asportare dalla base la cisti di echinococco nel paziente perché c'era un sanguinamento in atto. In aula hanno anche prodotto i loro curricula dai quali è emersa – contrariamente a quanto viene contestato dalla Procura – un'esperienza consolidata in interventi di quel tipo: ben 12 sui 14 registrati in dieci anni nel nord Sardegna sono stati eseguiti proprio da Salvatore Denti e Fabrizio Scognamillo, chirurghi delle cliniche universitarie di Sassari che oggi si trovano indagati per omicidio colposo dopo la morte di un paziente di Ozieri operato per l'asportazione di una cisti e deceduto subito dopo per uno choc emorragico. Insieme a loro è finito nel registro degli indagati anche il primario Mario Trignano che secondo l'accusa non avrebbe monitorato con la sua presenza fisica le fasi più critiche dell'intervento. L'operazione risale al 24 ottobre del 2011. Un allevatore 55enne di Ozieri, Mario Tanda, venne ricoverato nell'unità di Patologia chirurgica delle Cliniche per l'asportazione di una cisti di echinococco di dieci centimetri vicina al fegato e ormai vecchia e calcificata. Una cisti che Tanda aveva scoperto per caso: un anno prima era caduto mentre lavorava e aveva fatto una radiografia lombare. All'esito dell'esame i medici avevano notato una macchia scura che era poi stata diagnosticata come cisti benigna. L'allevatore aveva deciso di operarsi per rimuoverla e quel giorno di ottobre in sala operatoria c'erano Salvatore Denti, primo chirurgo, e il suo aiuto Fabrizio Scognamillo. L'intervento all'inizio andò bene, furono le complicanze a rilevarsi devastanti. Una emorragia “catastrofica”, durata quattro ore, che gli portò via 9 litri di sangue e che soprattutto mandò il paziente in uno stato di coma irreversibile. Il consulente del pubblico ministero – Rita Celli – stabilì in una dettagliata relazione che il comportamento imprudente dei medici: «Un rapporto di causa – scrisse la Celli – tra la loro condotta e il decesso di Mario Tanda». In sintesi: quella cisti non doveva essere asportata radicalmente ma solo parzialmente decapitata. Era calcificata, morta. Ma soprattutto era localizzata vicino al fegato, a contatto con grossi vasi sanguigni, in una zona difficilmente aggredibile. Ieri però i chirurghi hanno avuto modo di difendersi davanti al gup Grotteria che all'esito dell'udienza preliminare deciderà se rinviarli o meno a giudizio. I medici, assistiti dagli avvocati Stefano Carboni, Antonello Urru e Pietro Piras hanno prodotto le fotografie – con la data – dell'intervento eseguito su Tanda tre anni fa dalle quali emergerebbe chiaramente che

l'asportazione della cisti fu effettuata per arginare il sanguinamento che si verificò nella base terminale (la cosiddetta "scodella"). Non ci fu dunque alcuna imperizia o negligenza da parte dei chirurghi. Il legale Stefano Carboni ha poi sottolineato davanti al gup come la consulenza di parte affidata dal pubblico ministero alla dottoressa Celli sia stata in realtà «soltanto scritta da quest'ultima che, va ricordato, non è un chirurgo ma un medico legale. E infatti delegò come ausiliario la dottoressa Chiesa, un chirurgo generale che abbiamo appurato avere una pratica operatoria pari a zero». Ecco perché la difesa ha chiesto al giudice di disporre una perizia super partes in grado di accertare se la tesi della Celli possa reggere o meno. Il gup Grotteria si è riservato e deciderà nell'udienza del 18 novembre. Sempre ieri si è costituito il legale Lorenzo Galisai a tutela della Azienda ospedaliera universitaria che è stata chiamata come responsabile civile su richiesta dell'avvocato Antonio Secci che tutela i familiari della vittima.

## **Nella lista del pubblico ministero Scalas erano finite anche due dirigenti mediche**

Nella lista del pubblico ministero Carlo Scalas erano finite anche Maria Teresa Riu, responsabile della direzione medica di Ozieri, e Maria Francesca Sardu, dirigente sanitaria e moglie del chirurgo Denti, accusate dalla Procura di falso ideologico relativamente alla «certificazione della casistica operatoria di Denti nell'ospedale di Ozieri dal 1989 al 2005 (periodo in cui aveva lavorato in quel presidio ndr)». La Riu, assistita dall'avvocato Gabriella Maria Rita Marogna, lo scorso luglio aveva patteggiato sempre davanti al gup Grotteria (nella foto) la pena di un anno e quattro mesi di reclusione (il pm era partito da una richiesta di tre anni). Mentre nell'udienza di ieri la Sardu ha ribadito la sua assoluta integrità morale e professionale spiegando che la busta che conteneva la certificazione relativa alla casistica operatoria del marito era perfettamente chiusa e quindi mai avrebbe potuto falsificare dati o numeri

L'UNIONE SARDA

## **SASSARI Visitati dalla segretaria, arrestata col suo medico **Truffa nell'ambulatorio, denunciati altri 13 professionisti****

Con il consenso del titolare dello studio, la segretaria si trasformava puntualmente in assistente medico. Eseguiva visite specialistiche e rilasciava certificati sanitari in uno studio associato di medicina del lavoro a Sassari. Dopo quattro anni di indagini, i carabinieri del Nas hanno chiuso il cerchio sulla vicenda, arrestando Giovanni Marras, 52 anni, medico titolare dello studio e la sua collaboratrice Genny Piana. **COMPLICI DENUNCIATI** Nell'inchiesta, coordinata dalla Procura della Repubblica, sono coinvolte anche altre 13 persone, tra cui medici dello studio e funzionari

pubblici, per aver informato gli indagati di notizie che dovevano rimanere segrete. Il blitz si è concluso ieri con la notifica delle ordinanze degli arresti domiciliari per Marras e Piana, accusati di truffa, falso, esercizio abusivo della professione e frode in pubbliche forniture.

Indagine complessa, partita nel 2010, mirata a verificare i ruoli all'interno dello studio di medicina del lavoro di via Ruggiu, nel quartiere Cappuccini. E che la segretaria facesse a tutti gli effetti le veci del medico, era ormai una pratica consolidata. Effettuava le visite periodiche sui lavoratori dipendenti, pubblici e privati, che si presentavano per i controlli richiesti dalle aziende.

ESAMI SPECIALISTICI Visite oculistiche, spirometrie e sino ai controlli cardiologici. Tutto con relativo certificato sanitario ma senza il titolo necessario per esercitare la professione. I quattro anni di controlli, da parte dei carabinieri, sono serviti a smascherare questo sistema portato avanti dai due ma in collaborazione con altre persone su cui gli investigatori hanno mantenuto assoluto riserbo. Almeno tredici, stando a quanto riferito dai militari, sarebbero le persone denunciate, medici dello studio associato e funzionari pubblici. Per Giovanni Marras, con studio di medicina generale convenzionato Asl, un'altra grana dopo i fatti del 2003.

PRECEDENTI In quell'occasione, il professionista era finito sotto la lente dei Nas per un centinaio di ricette fantasma, con l'accusa di truffa aggravata alla Asl in concorso con i titolari di una farmacia. I sanitari avrebbero intascato i rimborsi di farmaci che non sarebbero mai stati venduti. Reato caduto in prescrizione nel 2012.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Congresso Siaarti. Tra robot anestesisti e spending review**

*Si chiude oggi a Venezia il 68° congresso della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva. Tanti i temi toccati nei quattro giorni del convegno tra i quali la gestione della terapia intensiva in tempi di crisi, l'evoluzione della figura dell'anestesista, il dolore neuropatico, le nuove prospettive dell'anestesia robotica*

La terapia intensiva è uno dei reparti ospedalieri generatore di maggiori spese: in Italia una giornata di degenza costa circa 2500 euro. E in tempi di spending review, diventa inevitabile parlare di spesa e di risparmio anche in occasione di un evento scientifico, come il congresso nazionale della Siaarti. **Massimo Antonelli**, presidente della Siaarti, ritiene che ci sia spazi per tagli virtuosi.

“Non tutti gli esami diagnostici sono necessari – sostiene Antonelli - e occorre applicare determinate terapie con le dovute cautele. E’ necessario cambiare mentalità e orientarsi verso una prescrizione dedicata solo ai malati nei quali c’è una forte

indicazione clinica. E dal saggio uso degli antibiotici, alla corretta gestione degli emoderivati la lista è lunga. Fondamentale, al fine di ridurre i contenziosi medico-legali, anche questi generatori di spesa, è comunicare per più tempo con i parenti dei pazienti. Nel prossimo futuro dovremo migliorare la precocità diagnostica e utilizzare gli strumenti a disposizione in modo più appropriato e per il tempo necessario”.

**Sepsi: una lotta contro il tempo.** La sepsi è una triste presenza nei reparti di terapia intensiva, dove colpisce ogni anno non meno di 750 mila persone, provocando un numero di decessi pari a 90 casi per 100.000 abitanti, superiore a quelli da cancro della mammella e da scompenso cardiaco cronico considerati insieme. Ma un rapido riconoscimento della sepsi e un suo tempestivo trattamento consentono di abbattere la mortalità per questa condizione.

“Le raccomandazioni – ricorda il presidente della Siaarti - suggeriscono di prescrivere gli antibiotici entro la prima ora e di agire con alcune procedure entro le prime 24 ore. Si tratta di una battaglia contro il tempo. La sepsi è un ‘patrimonio’ dell’intensivista ma, grazie agli sforzi compiuti negli ultimi dieci anni con le campagne di comunicazione, è stato possibile estendere il concetto di diagnosi precoce anche ai reparti al di fuori della terapia intensiva. In Australia, ad esempio, un uso saggio e oculato delle raccomandazioni, ha portato a ridurre la mortalità al di sotto del 15 per cento”.

Strettamente connesso alla sepsi è il problema dell’antibiotico-resistenza. “Il problema è scottante – afferma Antonelli - e presente in tutto il mondo. L’insorgenza delle resistenze agli antibiotici non è tanto legata al vasto utilizzo all’interno degli ospedali, quanto all’uso in agricoltura, negli allevamenti e nelle acquaculture, dove i mangimi vengono arricchiti di antibiotici. All’interno degli ospedali i germi tendono a concentrarsi e una non corretta politica di prevenzione comporta una trasmissione delle infezioni da un paziente a un altro. All’orizzonte ci sono nuove molecole, ma non sono ancora in commercio e i loro costi sono molto elevati”.

**Dolore neuropatico.** Il dolore neuropatico è causato da un’alterazione dei nervi periferici responsabili della trasmissione degli stimoli della sensibilità. Può essere più o meno intenso e continuo, con caratteristiche ‘non abituali’, come le disestesie, le scariche elettriche, il bruciore. Viene percepito nel territorio della lesione nervosa e può essere spontaneo o evocato da vari fattori, come il tatto, il movimento, il freddo. In alcuni casi il paziente non riesce a tollerare neanche i vestiti. Tra gli esempi più noti, il dolore da arto fantasma, quello da nevralgia del trigemino, da neuropatia diabetica e da herpes zoster. Colpisce l’8% degli europei, è più diffuso tra anziani e donne e rappresenta una sfida per tutti i medici, nonostante esistano linee guida specifiche.

“Le scelte terapeutiche – spiega **Maria Rita Melotti** Direttore della Scuola di Specializzazione in Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva dell’università di Bologna e coordinatore della sezione culturale di Medicina del Dolore e Cure Palliative della Siaarti - sono varie: sui canali del sodio del sito ectopico con farmaci

che bloccano i canali del sodio e sulla sinapsi spinale con farmaci che bloccano i canali del calcio; farmaci in grado di inibire i neuroni centrali; antinfiammatori e corticosteroidi; interventi chirurgici per liberare il nervo lesa da intrappolamento o condizioni abitative inadeguate; neurostimolazione pulsata temporanea o neurostimolazione continua mediante impianti di neuro-pacemaker nello spazio peridurale o lungo il nervo periferico; campi magnetici generati da stimolazioni transcraniche continue (TDCS, transcranial direct current stimulation); cerotti (formulazioni topiche); sistemi di distrazione (i pazienti 'distratti' da eventi o attività della vita, sentono meno dolore). I trattamenti miniminvasivi – prosegue la Melotti - in un progetto di 'combination therapy' hanno avuto un discreto successo in molti pazienti. La vera criticità rimane il dolore centrale da deafferentazione”.

**Il robot anestesista.** E' instancabile, può lavorare anche per 14 ore di fila, ma non potrà mai sostituire l'anestesista in carne ed ossa. E' il robot anestesista, un sistema automatico capace di somministrare l'anestesia e di monitorarla durante tutte le fasi di un intervento chirurgico; in sperimentazione dal 2008 in Francia, dove è stato impiegato per oltre 500 interventi, il robot anestesista è stato sviluppato dai medici dell'Ospedale Foch di Parigi.

“Il robot – spiega **Antonio Corcione**, Direttore di Anestesia e Terapia intensiva presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli - punta ad agevolare il lavoro degli anestesisti, controllando l'anestesia e intervenendo al momento opportuno per la gestione farmacologica dell'anestesia. Rappresenta in pratica un'integrazione dei comuni sistemi di monitoraggio elettroencefalografico, della profondità dell'anestesia e del blocco della trasmissione neuromuscolare, con l'aggiunta di un software integrato per la gestione dell'infusione dei farmaci anestetici, in relazione alle caratteristiche antropometriche del paziente. Ma allo stato attuale l'utilizzo dei sistemi di monitoraggio della profondità del piano anestetico, della miolorisulazione, dell'analgesia, dei sistemi infusionali dei farmaci nonché il monitoraggio emodinamico del paziente sono già un patrimonio presente nella realtà clinica quotidiana di ogni anestesista. Ad esempio, il BIS (Bispectral index) per il monitoraggio della profondità dell'anestesia, l'ANI (Analgesia Nociception Index) per il monitoraggio dell'analgesia, il TOF (Train of Four) Watch, per il monitoraggio della mio risoluzione, sono già impiegati in diverse sale operatorie. Bisogna tener presente tuttavia che, l'integrazione di tali sistemi in un unico robot anestesilogico, come rilevato già da numerosi studi di ingegneria clinica dedicati in tal senso, può determinare la perdita di attendibilità dei singoli dati perché l'interfaccia tra le varie strumentazioni è spesso complessa, non di facile realizzazione, e non sempre garantita dalle aziende produttrici”.

Il robot anestesista è già stato utilizzato in Francia, in Belgio, in Germania ed in alcuni centri italiani (Pavia). “Questo sistema – afferma Corcione - non cambia la figura dell'anestesista, ma il modo di gestire l'anestesia, con il vantaggio di compattare in unica struttura tutti i sistemi di monitoraggio. Come il robot chirurgico non può e non deve sostituirsi al chirurgo, ma può aiutarlo ad effettuare in maniera più precisa determinati atti chirurgici, analogamente il robot anestesista non può sostituirsi all'anestesista”.

E per la prossima edizione del congresso della Siaarti, tante le idee pervenute dai social network. In questi giorni è stata infatti lanciata l'App di Siaarti, che oltre ad essere dedicata ai contenuti del Congresso, consente di inserire contenuti scientifici e proposte per la nuova edizione.

SOLE 24ORE SANITA'

## **Congresso Smi: tutti i numeri del lavoro medico.**

### **Lorenzin: «Avviare una profonda modifica»**

Quanto percepisce all'ora un medico di famiglia? Quanto incide sul Fondo sanitario nazionale il singolo Acn per Mmg, pediatri di libera scelta, guardia medica, specialisti ambulatoriali, medicina dei servizi? Il punto sul lavoro medico in Italia in un'indagine a cura di Gianfranco Rivellini e Maurizio Andreoli, presentata al 3° congresso Smi in corso a Roma.

#### **La lettera del ministro.**

«Il sistema deve avviare una profonda modifica dell'organizzazione del lavoro, in particolare in alcuni ambiti settoriali e territoriali, che sia funzionale ai bisogni della salute della collettività, all'evoluzione scientifica, tecnologica e che valorizzi l'accrescimento professionale e formativo di tutto il personale, anche per portare a sistema le buone pratiche e le nuove sperimentazioni». È quanto ha scritto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin in un messaggio inviato al Congresso Smi: «La sostenibilità del sistema - spiega - sanitario pubblico dipende sia dall'ammontare delle risorse economico-finanziarie ad esso destinate sia dal loro corretto utilizzo che deve superare l'inappropriatezza e le inefficienze organizzative e gestionali, contrastando l'uso improprio e talora consumistico della domanda di salute, tutte variabili su cui è necessario incidere». «È indubbio - prosegue Lorenzin - che i nuovi processi avviati, a partire dal Patto per la Salute, abbiano bisogno di attuarsi con la comprensione, la condivisione e il coinvolgimento di tutti i protagonisti, in primis dei medici, che dovranno quotidianamente monitorarli e verificarne gli effetti».

DOCTOR 33.IT

**Tribunali divisi sull'onere della prova. Balduzzi: il**

## dibattito è quanto la legge si prefiggeva

Responsabilità contrattuale per il medico in caso di malpractice (articolo 1128 cc) o solo extracontrattuale (articolo 2043 cc)? Spetta al paziente che chiede il risarcimento provare la colpa del medico o a quest'ultimo provare la propria innocenza? L'obbligazione del medico equivale o no a quella della struttura? La denuncia nella responsabilità civile si prescrive ora a 5 anni o a 10 anni? I tribunali sono divisi. All'articolo 3 comma 1 la legge Balduzzi 189/2012 afferma che "il sanitario che si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve". E aggiunge che in ambito civile "resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 cc (responsabilità 'extracontrattuale' da fatto illecito)". Da quest'ultima frase a luglio una sentenza del Tribunale di Milano ha fatto discendere l'inversione dell'onere della prova: sarebbe il paziente che ricorre per il risarcimento a dover dimostrare che il medico non ha fatto il suo dovere, e non il contrario, ferma restando la responsabilità contrattuale della struttura. Di diverso avviso la Cassazione (sentenza 4030/2013) secondo cui l'articolo 3 va inteso come mero richiamo all'ordinamento consolidato e non come una presa di posizione del legislatore. Intanto sempre a luglio il Tribunale di Brindisi ha affermato che se l'autore della legge avesse voluto porre un freno ai risarcimenti avrebbe scritto: "il medico risponde solo ex articolo 2043 Cc". Non resta che chiedere al primo proponente della 189, il ministro della salute dell'epoca **Renato Balduzzi**. Per via della recente elezione al Consiglio superiore della magistratura, unita all'idea che ogni lettura vada lasciata ai Giudici, l'ex Ministro non dà una sua lettura dell'articolo 3. «Ma una cosa la dico. È interessante che il Tribunale di Milano nella sua sentenza solleciti la Cassazione a rimeditare il proprio orientamento sulla responsabilità contrattuale e da contatto dell'operatore sanitario (secondo cui l'obbligo contrattuale con i conseguenti oneri nasce quando il medico "mette le mani" sul paziente, ndr). Noi non siamo un paese di common law: in Gran Bretagna e Usa le sentenze costituiscono precedenti vincolanti; da noi la Corte di Cassazione assicura l'unità della giurisprudenza, ma le sue sentenze possono essere messe in discussione da giudici di merito che sollecitano ulteriori riflessioni. Era proprio l'apertura di un confronto l'obiettivo che il Legislatore si prefiggeva». «Da parecchi anni – continua Balduzzi – tra i professionisti della salute e pure tra i malati si lamenta grande disagio. Il ricorso alla medicina difensiva per tutelarsi fa lievitare i costi per la sanità pubblica e presenta minori profili di tutela della salute poiché gli atti del sanitario non nascono da valutazioni di appropriatezza ma dal timore di essere oggetto di future denunce. Sebbene in punta di piedi, siamo intervenuti, consapevoli che c'era un orientamento giurisprudenziale stratificato nel tempo. Sotto il rilievo penale, andando incontro a linee guida giurisprudenziali affermate, abbiamo sostenuto che la responsabilità sia esclusa in caso di colpa lieve, ove il sanitario segua standard, protocolli e linee guida consolidati: certo non potevamo essere rigidi, ci sono rari casi in cui seguire troppo un protocollo talora può andare a scapito dell'appropriatezza clinica. Ma i sanitari andavano tranquillizzati, una denuncia penale può avere conseguenze psicologiche pesanti e riflessi sul lavoro. Sotto il profilo civilistico, siamo riusciti ad aprire un confronto giurisprudenziale». Occorre una nuova legge?

«Prematuro dirlo, il tema è aperto alla valutazione del legislatore ma credo opportuno anche lasciare la parola ai giudici».

## **Il paziente oncologico reclama a gran voce il medico di famiglia**

I medici di famiglia sono cruciali per il follow-up del paziente oncologico. La prova è un sondaggio congiunto di Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), Simg (Società italiana di medicina generale) e Aimac (Associazione italiana malati di cancro) presentato a Roma, nel corso della giornata inaugurale del XVI Congresso nazionale dell'Aiom.

L'indagine, prima nel suo genere, è stata condotta intervistando oltre 1.000 tra specialisti, medici di famiglia e pazienti. I dati riferiscono di un 73 per cento dei pazienti che riconosce il valore della collaborazione tra oncologo e medico di famiglia nell'accompagnamento degli assistiti nel percorso terapeutico. Il 54 per cento dei pazienti, tuttavia, considera il rapporto tra specialisti e medici di famiglia ancora sviluppato in maniera insufficiente. Anche i medici, nel 57 per cento dei casi, condividono questa posizione. Il paziente oncologico presenta diversi aspetti di criticità. Si tratta di una persona fragile dal punto di vista clinico ma anche da quello psicologico. «Quando si ha a che fare con una patologia neoplastica», dice **Stefano Cascinu**, presidente Aiom, «ci si muove in un terreno difficile. Ogni paziente costituisce una storia a sé ed è persino difficile stabilire l'esatta durata del follow-up. Questo dipende infatti dal tipo di tumore e dalle condizioni generali dell'assistito, che può essere portatore anche di altre patologie. Questo progetto rappresenta una prima mondiale assoluta e potrebbe rappresentare un salto importante nella qualità dell'assistenza ai pazienti». A Cascinu ha fatto eco Carmine Pinto, presidente eletto Aiom. «Il lavoro che abbiamo davanti prevede la costruzione di un percorso che metta in comunicazione i medici specialisti con i medici di medicina generale, partendo dall'ospedale per arrivare al territorio. Nel nostro Paese quasi un milione di persone si sottopone a controlli di follow-up. Dobbiamo dare loro la possibilità di essere seguiti per le visite di routine vicino casa, senza per forza doversi recare nei centri oncologici». Sulla stessa linea Andrea Salvetti, medico di Medicina generale Simg. «Il ruolo dei medici territoriali coinvolti nel follow-up oncologico è multifattoriale, andando oltre il fatto assistenziale. Forniamo, infatti, anche supporto psicologico a persone che si trovano a convivere con una patologia complicata, a partire dalla terminologia utilizzata nei referti, che hanno a volte bisogno di essere tradotti. Non sono rari i casi in cui i pazienti ci chiedono di essere in nostra compagnia nel momento della lettura dei risultati delle analisi, per godere di un supporto nel momento in cui si apprendono notizie critiche sulla propria salute». Secondo Elisabetta Iannelli, segretario di Aimac, «è necessario adottare un modello di cure integrate caratterizzato da una costante interazione tra i professionisti, in tutte le fasi della storia clinica della persona. Dobbiamo fare in modo che i pazienti si sentano meno abbandonati una volta terminata la fase acuta della terapie e quindi dopo la dimissione dall'ospedale».

## **DIRITTO SANITARIO Medico necroscopo convenzionato: truffa per espianto pace-maker a pagamento**

Il Tribunale di Vigevano ha ritenuto un sanitario responsabile di alcuni reati per condotte inerenti a visite necroscopiche. Secondo le contestazioni, si riteneva che l'imputato - nello svolgimento delle proprie funzioni e con la qualifica di pubblico ufficiale-medico necroscopo convenzionato con la Asl - avesse formato e sottoscritto diversi certificati di visite necroscopiche in effetti non eseguite con conseguente rimborso Asl e richiesto ai parenti di un defunto somme di denaro per l'espianto del pace-maker dal cadavere. In relazione a talune difese formulate dall'imputato si è osservato che alcuna disposizione specifica autorizzava il medico necroscopo convenzionato con la Asl a richiedere ai congiunti del defunto somme di denaro per l'espianto del pace-maker; che, se del caso, la richiesta di pagamento della prestazione avrebbe dovuto essere avanzata alla stessa struttura pubblica per conto della quale il sanitario aveva compiuto l'operazione, e che, se mai avesse avuto dei dubbi quanto alla possibilità di richiedere il compenso, il medico avrebbe dovuto preventivamente chiedere chiarimenti alla stessa Asl. [Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**