

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
28 FEBBRAIO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **SASSARI La Sanità italiana in un vademecum di Giuseppe Mela**

Oggi alle 17, nella sala conferenze dell'Ordine dei medici di Sassari (in via Cavour 71) sarà presentato il libro "La Sanità ospedaliera italiana: vademecum per i medici ospedalieri", di Giuseppe Mela, direttore dell'unità operativa di Ortopedia e Traumatologia dell'ospedale civile San Giovanni di Dio, a Olbia. Il vademecum di Giuseppe Mela offre una serie di spunti interessanti e critici sulla figura del "medico moderno", quello che compie un percorso completo, partendo dalla formazione, passando all'attività pratica, sino ad arrivare alla maturità professionale.

#### **SASSARI Da nove mesi in attesa delle "calze elastiche" *L'incredibile vicenda sanitaria di un cittadino sofferente di insufficienza venosa***

Ricevere dalla Asl un paio di calze elastiche necessarie a prevenire le complicanze dell'insufficienza venosa (varicosi, flebiti superficiali e trombosi, ad esempio) di questi tempi può voler dire attendere più di un parto. Lo racconta esterrefatto - ma anche assai seccato - un cittadino sassarese sottoposto a terapia cronica. Il quale, giusto per chiarire come la sua situazione sia assurda quanto verissima, mostra la ricevuta con il timbro di accettazione della Azienda sanitaria datato 3 maggio 2013. Un'attesa da far tremare le gambe, si direbbe se il problema clinico del paziente non rendesse l'uso del sarcasmo quasi inopportuno. «Non faccio altro che chiamare i numeri di telefono della Asl senza mai ottenere risposte precise - racconta -, per esempio l'altro giorno ho telefonato al poliambulatorio San Camillo e ho parlato con un'impiegata: sono appena rientrata dalla malattia, mi ha detto, quindi non so nulla, ma la le assicuro che la farò richiamare. Inutile dire che per l'ennesima volta mi sono sentito preso in giro». Così al protagonista di questa storia non resta che bussare ad altre porte. «Penso di andare all'Urp per lamentarmi - continua -, arrivo lì, trovo la fila e attendo. Dopo circa un'ora arriva il mio turno e l'impiegata, molto gentile, mi riceve sorridente e prende nota. Tutto accade mentre il suo telefono continua a squillare senza sosta. Poi mi dice che la direzione è al corrente dei problemi che ci sono per la fornitura di certi materiali e che sta lavorando per risolvere il problema. Un'altra presa in giro. E infatti le chiedo se la direzione è consapevole di quali disagi può creare questo incredibile ritardo. E visto che ci sono le chiedo anche che fine ha fatto la mia richiesta di una pensilina per le tante persone costrette ad attendere al freddo fuori dal Palazzo Rosa. Risposta: la direzione sta valutando». Prima di andarsene sconcolato il paziente assiste a una scena illuminante, non fosse altro perché gli fa assistere alla sua vicenda da un'altra prospettiva: stavolta non è lui il protagonista, ma tanti altri cittadini. «Il telefono dell'Urp suona in continuazione - ricorda - e tra il personale c'è chi non risponde, chi non ricorda, chi non è tenuto a dare informazioni e chi prende appunti e promette di

richiamare». Un film visto e rivisto. A fine mattinata arriva qualcosa che somiglia a una risposta. È il responsabile a spiegargli che, «dispiace, ma per le calze elastiche c'è ancora da aspettare». Finito? Macché. Al posto di due paia all'anno gliene potranno consegnare soltanto uno: se si considera che quei tutori durano al massimo sei mesi non c'è bisogno di aggiungere altro.

## **SASSARI Al via un corso per ridare il sorriso *Da stamattina alla Stecca bianca le lezioni dei luminari dell'odontoiatria estetica***

Comincia oggi il corso di alta formazione in Odontoiatria estetica adesiva organizzato dal Dipartimento di Scienze chirurgiche dell'Università di Sassari. Il corso, finalizzato ad approfondire le conoscenze sulle più moderne tecniche di conservativa adesiva, è articolato in cinque incontri, con cadenza mensile, che possono essere seguiti anche singolarmente. I relatori che si alterneranno sullo scenario universitario del Complesso Biologico di viale San Pietro sono professionisti di fama internazionale che faciliteranno l'acquisizione di maggiori competenze nella riabilitazione estetica del sorriso, aspetto fondamentale nella odontoiatria moderna. Il primo incontro avrà come tematica la "Conoscenza del restauro estetico adesivo" e vedrà come relatori Lorenzo Vanini, Daniele Rondoni e Egle Milia. Nel secondo incontro (28-29 marzo) si parla del "Trattamento del dente gravemente danneggiato" con i docenti Vinio Malagnino, Giuseppe Gallina ed Enzo Cumbo. Il terzo incontro, (29-30 maggio) avrà come ospiti Gottfried Schmalz, Gerhard Seeberger e Simone Gandini. Il 9 -10 maggio l'attenzione si focalizzerà sulla "Conoscenza del recupero funzionale di molari e premolari" con i Francesco Mangani e Antonio Cerutti. Nell'ultimo appuntamento il 13-14 giugno si discuterà sulle "Conoscenze del recupero estetico del sorriso con tecniche indirette" con Marco Nicastro e Gianpiero Prandi. Tutti gli incontri si svolgeranno nell'Aula Magna del Complesso Biologico di viale San Pietro, dalle 9 alle 13 il venerdì e il sabato mattina. Per ulteriori informazioni è disponibile il numero 340/2705988, o il seguente l'indirizzo e-mail: [corso.altiformazione@tiscali.it](mailto:corso.altiformazione@tiscali.it). E' possibile inoltre reperire materiale informativo attraverso sul sito [www.uniss.it/dcd](http://www.uniss.it/dcd) nella finestra "didattica e alta formazione".

## **DALL'ITALIA**

### **DOCTORNEWS33**

#### **Mancano medici, l'Asl scrive ai consoli. L'anestesista: i manager ci rispettino**

Il direttore generale dell'Asl di Foggia **Attilio Manfrini** cerca undici anestesisti e undici medici di pronto soccorso in Spagna, Grecia e Romania. In Puglia non ce ne sono più. All'ultimo concorso i 54 in graduatoria chiamati uno a uno hanno detto no e non resta che cercare camici per contratti a tempo determinato scrivendo ai consoli esteri. Peraltro, in quei paesi si laureano italiani che hanno scelto di fare medicina senza test d'ingresso. Numero programmato e di specializzandi sono da rivedere? «Il numero programmato va bene finché i medici soddisfano i fabbisogni ma oggi è un'assurdità che non guarda ai 10

mila medici che entro tre anni andranno in pensione nella nostra regione», dice Manfrini. «Per quanto mi riguarda, andrebbe eliminato per 3-4 anni e andrebbe finanziato qualche posto da specialista in più, prevedendo più anestesisti, e magari meno medici in altre discipline». Le lettere ai consoli, ammette Manfrini, «sono una provocazione per destare interesse su un problema annoso, ma ho un'anestesista greca a Cerignola, un medico di ps spagnolo, a Bari si laureano molti medici greci, e la preparazione è compatibile». «Il problema anestesisti ha due facce, una nazionale e l'altra locale», dice **Antonio Amendola** presidente Aaroi Emac Puglia. «In Italia da anni si programma un fabbisogno inferiore alle necessità soprattutto in specialità legate ai servizi come Anestesia e Radiologia, e da quest'anno si è deciso di ovviare abbattendo la durata dei corsi. Ma entro il 2025 toccheremo il picco dei pensionamenti e i medici che stiamo immatricolando non basteranno a rimpiazzare nemmeno metà di chi c'era. In Puglia poi i concorsi sono bloccati da una decina d'anni, e chi si è specializzato, con un costo ingente per la collettività, si è trasferito in Svizzera dove è pagato molto di più, o al Nord. C'è poi un problema di programmazione: servizi da incrementare non sono incentivati, e ne vengono tenuti in piedi altri. Per di più noi anestesisti siamo pochi, e spesso ci vengono chiesti turni massacranti per non lasciare scoperto il servizio, ma quando chiediamo la retribuzione di migliaia di ore straordinarie lavorate ecco aprirsi contenziosi con l'ospedale. Alcuni colleghi se ne sono andati per disperazione, e rimpiazzarli è difficile». «Per far funzionare la "baracca" all'Asl Foggia abbiamo dovuto deliberare gli straordinari a monte, con un tetto: se non si approvavano prima – replica indirettamente Manfrini – i medici non andavano in sala operatoria. Ma anche il manager non può spendere più di tanto: se si supera il 20% in termini di prestazioni aggiuntive la Corte dei Conti ci richiama».

## **Rimborsi specializzandi, riconosciuti risarcimento e scatti**

Due sentenze della Corte d'Appello di Roma, disp. n. 1628 e 1629 del 18 febbraio, incoraggiano nuovi ex medici specializzandi a ricorrere contro il mancato adeguamento delle borse di studio ai contratti di formazione. Le sentenze assegnano 23 milioni di euro a 306 specialisti immatricolati prima del 2007 (anno di avvio dei nuovi contratti di formazione): in 282 attendono ora 13 milioni dall'università la Sapienza e in 24 attendono 1,1 milioni da Tor Vergata. Attesi poi altri 8,9 milioni di risarcimento al quale è stato condannato il ministero dell'Università. «La ragione per cui è stato chiesto il risarcimento è nella responsabilità del MiUR di non aver, negli anni 1994-2006, emesso i decreti di rideterminazione dell'entità della borsa di studio, non mettendo gli atenei in condizione di versare il dovuto», spiega l'avvocato **Francesco Caronia** dello Studio Pinelli Schifani (Coordinamento Nazionale Network Legale), che con Giuseppe Pinelli ha patrocinato le cause. «Difatti, rispetto al passato in queste sentenze pare affermarsi che in mancanza del contratto di formazione gli studenti avevano diritto non solo all'inquadramento come strutturati di prima nomina ma anche agli scatti triennali del contratto medici ospedalieri, scatti che – diversamente dall'inflazione – rimasero bloccati solo nell'anno accademico 1992-93». Gli emolumenti dei ricorrenti, dai 966 euro mensili percepiti con la borsa, saliranno a 2500-2800 euro: un incremento da 19 mila euro per anno di specializzazione che moltiplicato su 4 anni arriva a 75 mila euro più gli interessi. Tutti hanno agito con l'Associazione Italiana Giovani Medici (Sigm), e si prevede una nuova ondata di ricorsi a marzo, relativi – come per le sentenze di Roma – al periodo 1994-2006. Già, perché, pur essendo lo stesso il motivo del contendere (borse esigue al posto del contratto) per gli specializzandi entrati nelle scuole tra il 1983 e il 1991 vigeva una direttiva dell'Unione

Europea precedente che ha generato un primo filone di contenziosi, mentre per quelli 1994-2006 vigeva la direttiva Ue 93/16 che ha generato le sentenze in questione, nonché altre recenti vinte in appello a Milano e l'Aquila. «Una volta passata in giudicato la sentenza, a Milano abbiamo chiesto l'esecuzione –dice Caronia - e lo stato non ha fatto opposizione nei 60 giorni previsti per legge, quindi entro 4 mesi dalla sentenza le somme saranno disponibili, come avviene sempre più spesso. Quanto ha buttato via lo stato? Nelle cause patrocinata da Consulcesi si sono recuperati circa 270 milioni; il Coordinamento Nazionale Network ha vinto anche a Torino, Pisa, Novara, Siena, Brescia, Ferrara, Ancona, Padova: altre decine di milioni. Senza contare altri ricorsi. Il rischio di avvicinarsi al miliardo di euro c'è; **Walter Mazzucco**, leader Sigm, chiede al governo di riconoscere a tutti i ricorrenti un indennizzo “transattivo”, per non gravare sulle sempre più limitate risorse per la formazione dei giovani specializzandi.

## **Moroni: 30 anni di lotta all'Aids, rivoluzione senza pari in medicina**

«Quello che è successo negli ultimi 30 anni nella diagnosi, controllo e terapia dell'Aids non ha esempi analoghi della storia della medicina. Un panorama cambiato profondamente, a cui non corrisponde un analogo cambiamento nell'atteggiamento del genere umano che continua a infettarsi quando sarebbe facile evitare il contagio». A parlare è **Mauro Moroni**, professore emerito di Malattie infettive all'Università degli Studi di Milano e autore con **Roberto Esposito** e **Spinello Antinori** del volume “Malattie infettive”, edito da Edra e giunto alla sua ottava edizione. «Quando abbiamo realizzato la prima edizione eravamo all'inizio degli anni '80, quando l'Aids aveva appena fatto la sua comparsa, ma le cose sono cambiate profondamente in tutta l'area infettivologica. E lo testimonia» spiega Moroni «il cambiamento delle dimensioni del volume che era tascabile e ora è un vero e proprio trattato di medicina moderna. In questo lasso di tempo sono aumentati i rischi infettivi, in una società multiculturale e globalizzata, ed è cambiata radicalmente anche la possibilità di diagnosi, con l'avvento della biologia molecolare che ha aperto possibilità insperate. Poi c'è il capitolo delle cure» continua l'infettivologo «nella prima versione del testo non c'erano antivirali e gli antifungini erano molto pochi. Oggi il bagaglio di farmaci a nostra disposizione è impressionante». L'Aids rappresenta un capitolo a parte nel settore infettivologico, visto il suo impatto e le sue ricadute. «Anche qui le cose sono profondamente cambiate, oggi il virus dell'Aids non è eliminabile ma è curabile e i sieropositivi hanno davanti a sé un'aspettativa non dissimile da chi non ha contratto il virus». Il bilancio di trent'anni di infettivologia è evidentemente positivo, come sottolinea Moroni, e il futuro che cosa riserva? «Guai ad abbassare la guardia verso i microrganismi» conclude l'esperto. «Sono tra gli esseri viventi più antichi e hanno imparato bene come si fa a sopravvivere e a diffondersi attraverso gli esseri umani. Quello che conta è gestire il rapporto con i microorganismi: un mondo sterile è impensabile e sarebbe letale anche per noi».

## **DIRITTO SANITARIO Pediatra convenzionato: zone carenti straordinarie e competenza regionale**

### **Il fatto**

Tre medici pediatri di libera scelta, convenzionati con il Servizio Sanitario, hanno impugnato la determinazione del Dirigente del Servizio Regionale-Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione ad oggetto nuove zone di carenza straordinaria e il

bando per l'assegnazione delle stesse. I sanitari hanno contestato l'incompetenza dell'Ente in quanto la procedura spetterebbe all'Asl e la violazione della normativa di settore, derivante dalla contrattazione collettiva, oltre a difetto di istruttoria ed irragionevolezza, atteso che due pediatri del distretto hanno un numero di assistiti ben inferiore al limite di 800 assistiti.

### **Profili giuridici**

I giudici amministrativi hanno ritenuto infondato il ricorso, precisando che al fine di garantire il diritto alla assistenza pediatrica dei bambini e la facoltà di scelta del pediatra da parte del cittadino la Regione, su proposta del Comitato regionale, può assumere i provvedimenti di conferimento di un incarico provvisorio e procedere con la pubblicazione di zona carente straordinaria. La determina regionale impugnata oltre ad essere legittima, in quanto immuni dai vizi dedotti, consente di perseguire l'interesse pubblico in tre ambiti distinti: potenziamento dell'assistenza sanitaria pediatrica a livello territoriale con incremento sia di operatori che di zone con presidi pediatrici; risparmi per l'assistenza ospedaliera e creazione di nuovi posti di lavoro in una fase caratterizzata da alti livelli di disoccupazione.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## **QUOTIDIANOSANITA'.IT**

### **Ospedali. Dossier di Cittadinanzattiva: "No a chiusure solo in base al numero di posti letto". Ecco i "piccoli" da non chiudere**

*Valutare il fabbisogno e i servizi esistenti, garantire un'organizzazione dell'offerta territoriale e di prossimità adeguata e la sicurezza degli interventi di emergenza-urgenza. Queste alcune delle indicazioni proposte dall'Associazione e contenute in un dossier consegnato a Ministero della Salute, Conferenza delle Regioni e Commissioni parlamentari competenti. IL DOSSIER*

“Se si procede ad una riorganizzazione della rete ospedaliera utilizzando il solo criterio del numero dei posti letto, si rischia di fare delle scelte paradossali che non garantiscono ai cittadini un'assistenza sanitaria pubblica accessibile, efficiente, efficace, di qualità e sicura. Non vogliamo difendere strenuamente il posto letto, ma sappiamo che non si può procedere con criteri prevalentemente ragionieristici”, ha affermato **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva.

Per questo il Tribunale per i diritti del malato ha realizzato, attraverso le sue sedi locali, una ricognizione sul territorio per evidenziare alcune criticità che verrebbero fuori dall'ipotesi di chiusura di 175 piccoli ospedali con meno di 120 posti letto e in vista dell'adozione del nuovo “Regolamento sugli standard ospedalieri” oggetto di confronto tra Ministero e Regioni all'interno del Patto per la Salute. Il Dossier è stato oggi inviato al Ministro della Salute, alla Conferenza delle Regioni e alle Commissioni parlamentari competenti per materia.

### **Ecco alcuni paradossi segnalati da Cittadinanzattiva:**

Nella lista dei 175 ospedali da chiudere, sono presenti strutture sulle quali si sono fatti grandi investimenti economici, nell'ultimo periodo, di ammodernamento o adeguamento strutturale. Ad esempio:

- Valdese di Torino (già chiuso)
- Ospedale Filippo del Ponte di Varese, dove la ristrutturazione è quasi completata;
- Ospedale di Asola (Modena) completamente ristrutturato;
- Ospedale di Ozieri (Sassari), ammodernato e potenziato;
- Trasferimento del reparto di chirurgia generale e ortopedia dal Presidio ospedaliero di Trani (tutto ristrutturato) al PO di Bisceglie (dove la sala operatoria non è a norma).

L'ospedale di Matelica nelle Marche verrà chiuso - segnala Cittadinanzattiva - ma qui i collegamenti stradali sono precari, l'assistenza domiciliare funziona solo 5 giorni a settimana con personale insufficiente, per i trasporti di urgenza sono disponibili due elisoccorsi, di cui uno però non vola di notte e di inverno viaggia solo 6 ore su 24.

In Abruzzo ci sono alcune contraddizioni: Teramo, la provincia più piccola della regione, manterrebbe tutte e quattro le strutture ospedaliere, Pescara avrebbe un solo ospedale in tutta la provincia, Chieti e l'Aquila invece tre.

L'ospedale Angelucci di Subiaco (Roma) rientra nella lista degli ospedali da chiudere. La sua popolazione, che ammonta a circa 34500 abitanti, è costitutiva per quasi un terzo da ultra 65enni (dati Istat 2009); l'area afferente al distretto sanitario 4, di cui fa parte, è la più povera del Lazio, con un reddito procapite inferiore del 7% a quello medio regionale. Inoltre, per percorrere Subiaco-Tivoli occorrono circa 50 minuti e gli abitanti di Vallepietra, che normalmente fanno riferimento all'ospedale di Subiaco, per giungere a Tivoli impiegano circa una ora e mezza.

“Occorre organizzare e riqualificare i servizi socio-sanitari al fine di offrire le giuste tutele in termini di tempestività e sicurezza, soprattutto nella capacità di trattare le emergenze e rispondere sui territori in cui si vive all'effettivo bisogno di salute, in particolare nelle condizioni di cronicità e fragilità. Tutto ciò non potrà essere realizzato se non si analizza la realtà nella quale si vuole intervenire, non si garantisce la 'contemporaneità' delle riconversioni e del potenziamento dell'assistenza territoriale, e non si coinvolge nel processo la cittadinanza e le organizzazioni civiche e di pazienti”, ha proseguito Aceti.

Di qui le otto Raccomandazioni Civiche che il Tribunale per i diritti del malato chiede siano tenute in considerazione ed applicate dalle istituzioni al livello nazionale, regionale e locale. Le oltre 300 sezioni del TDM vigileranno sull'applicazione nei territori delle Raccomandazioni Civiche.

1. Il processo di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera non può basarsi sul solo numero di posti letto presenti nella struttura.
2. A monte della decisione, è necessaria una valutazione del fabbisogno, una indagine epidemiologica e una mappatura dei servizi esistenti.
3. La scelta di chiusura o riconversione degli ospedali deve essere fatta considerando fattori come:
  - Fabbisogno di salute della popolazione di quella specifica zona;

- Incidenza di particolari patologie croniche su quel territorio.
  - La presenza di altre strutture ospedaliere nelle zone limitrofe (che possano configurare eventuali situazioni di duplicazioni di presidi).
  - Qualità e sicurezza delle strutture che dovranno essere chiuse o riconvertite.
  - Caratteristiche specifiche di quel territorio in termini di orografia e flussi turistici (come zone montane, piccole isole).
  - Esistenza di un servizio di trasporto efficace e tempestivo dalla zona dove verrà chiusa la struttura agli ospedali che rimarranno attivi, in particolare in caso di urgenze e di servizi a esso collegati (es. emodinamiche, stroke unit, etc.)
  - Qualità, accessibilità e capacità di rispondere ai bisogni della popolazione (efficacia) da parte dell'assistenza territoriale presente su quel territorio: diffusione del servizio ADI, case della salute, lungodegenze, riabilitazione
4. Garantire la contemporaneità degli interventi legati alla riconversione.
  5. Garantire un'organizzazione dell'offerta socio-sanitaria territoriale e di prossimità adeguata a farsi carico del bisogno di salute della comunità.
  6. Garantire la sicurezza degli interventi di emergenza-urgenza, assicurando una corretta e razionale dislocazione dei servizi ed essi dedicati, anche attraverso processi di riconversione (Punti di primo soccorso, DEA I e II livello, etc.), un numero congruo di ambulanze medicalizzate, il funzionamento H24 del servizio di elisoccorso, la distribuzione di servizi collegati alla gestione delle emergenze come le emodinamiche.
  7. Prevedere spazi di condivisione e partecipazione delle comunità locali e delle organizzazioni civiche e di pazienti ai processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali, nonché sulla valutazione costante (es. audit civico) dell'impatto della scelta maturata ed attuata.
  8. Prevedere un piano di comunicazione rivolto alla cittadinanza sulla riorganizzazione.

## **Infezioni ospedaliere. Anche lo stetoscopio è a rischio. Uno studio svela perché**

*Non sono solo le mani sporche degli operatori sanitari ad esporre al rischio di trasmissione delle infezioni. Uno studio svizzero pubblicato sul giornale della Mayo Clinic rivela che i batteri si annidano soprattutto sul diaframma dello stetoscopio. Che andrebbe quindi disinfettato da un paziente all'altro*

Il maggior veicolo di trasmissione delle infezioni batteriche ospedaliere, è noto, sono le mani non lavate degli operatori sanitari. Ma forse c'è qualcosa che potrebbe far vacillare il triste primato delle mani sporche ed è il fonendoscopio.

Una ricerca degli Ospedali Universitari di Ginevra che sarà pubblicata sul numero di marzo di *Mayo Clinic Proceedings* ha messo a confronto il livello di contaminazione batterica delle mani dei medici e dei loro stetoscopi.

Considerando che gli stetoscopi vengono utilizzati più volte al giorno, venendo a diretto contatto con la cute del paziente – hanno pensato i ricercatori svizzeri – potrebbero albergare svariate migliaia di batteri, compreso l'MRSA, 'saliti a bordo' da un paziente all'altro. "Abbiamo pensato dunque – sostengono i ricercatori svizzeri - che per questo motivo gli stetoscopi rappresentano dei potenziali importanti veicoli di trasmissione. Da un punto di vista del controllo delle infezioni e delle prospettive di sicurezza dunque, gli stetoscopi andrebbero considerati come un'estensione delle mani del medico ed andrebbero dunque disinfettati da un paziente all'altro". Lo studio è stato effettuato su 71 pazienti esaminati da 1-3 medici che indossavano guanti sterili e uno stetoscopio sterilizzato. Alla

fine dell'esame, è stata presa in esame la concentrazione batterica presente in due parti dello stetoscopio (il diaframma e il tubo) e in quattro zone delle mani dei medici (punta delle dita, eminenza tenar e ipotenar, dorso delle mani). Il diaframma dello stetoscopio è risultato la regione più pesantemente contaminata da stafilococchi MRSA (*Staphylococcus aureus* meticillino-resistente) dopo aver visitato pazienti colonizzati da questi batteri. Per quanto riguarda le mani, come prevedibile, la regione più contaminata è risultata la punta delle dita. Questo è il primo studio in assoluto ad aver messo a confronto diretto al contaminazione degli stetoscopi con quella delle mani del medico. Il *take home message* che arriva da Ginevra è dunque: medici ricordatevi di disinfettare lo stetoscopio da un paziente all'altro.

*“Contamination of Stethoscopes and Physicians’ Hands After a Physical Examination,” by Yves Longtin, MD; Alexis Schneider, MD; Clément Tschopp, MD; Gesuèle Renzi, MS; Angèle Gayet-Ageron, MD, PhD; Jacques Schrenzel, MD; and Didier Pittet, MD, MS (DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.11.016>). Mayo Clinic Proceedings, Volume 89, Issue 3 (March 2014)*

## **Chirurgia. Prima campagna di sensibilizzazione sulla sicurezza in anestesia e rianimazione**

*“Sicura” nasce da un’idea della Siaarti per sviluppare fiducia nelle persone che devono sottoporsi ad interventi chirurgici e che si affidano in primo luogo agli anestesisti rianimatori. Ogni anno nel mondo circa 230milioni di pazienti vengono sottoposti a interventi chirurgici. L’opuscolo della campagna.*

Il primo marzo nelle piazze di Milano, Roma, Firenze e Napoli sarà allestito un gazebo dove all'interno verrà riprodotta una vera sala operatoria. I cittadini potranno “toccare con mano” la strumentazione ma soprattutto fare domande sull'anestesia e sui reparti di terapia intensiva. I medici e gli operatori sanitari racconteranno ai cittadini cosa è importante far sapere durante una visita preoperatoria o quante ore prima dell'operazione si può mangiare o bere. Ma anche se un cardiopatico può essere addormentato o se occorre interrompere i farmaci prima di un'anestesia.

Tutto questo si chiama “Sicura”, ed è la prima Campagna di Comunicazione promossa da SIAARTI (Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva) per sviluppare fiducia nelle persone che devono sottoporsi ad interventi chirurgici e che si affidano in primo luogo agli anestesisti rianimatori, in prima linea per prevenire le complicanze che, grazie a un checklist in 5 punti (prevenire eventi intra e postoperatori; protocolli per evitare infezioni; igiene delle mani accurata; chiara terminologia e profilassi delle trombosi venose), si sono scese negli ultimi anni dall'11% all'8%.

“Sicura” è una campagna per avvicinare la cittadinanza alla realtà dell'anestesia in camera operatoria attraverso un percorso di sicurezza e affidabilità. Comprendere il fondamentale ruolo di vigilanza esercitato dagli anestesisti rianimatori aiuta senz'altro chi deve affrontare un intervento chirurgico”, afferma **Massimo Antonelli**, presidente SIAARTI, spiegando che la campagna sarà divulgata anche all'interno di numerosi ospedali italiani. A tal proposito sono stati realizzati manifesti, locandine, brochure informative e uno spot audio che andrà in onda su numerose emittenti radiofoniche (testimonial della Campagna il noto volto televisivo **Livia Azzariti**). Tanti infine gli eventi collaterali realizzati dagli anestesisti/rianimatori italiani.



In occasione degli eventi in piazza, inoltre, ai cittadini saranno rivolte tre domande per una prima indagine sul risultato dell'iniziativa e sulla percezione della figura dell'anestesista/rianimatore

1. Quanto trova valida un'iniziativa del genere?
2. Quanto ritiene sicura l'anestesia?
3. Lo sapeva che l'anestesista-rianimatore è la persona che controlla momento per momento battito cardiaco, elettrocardiogramma, pressione sanguigna e attività respiratoria?

## **Contenzioso medico. I chirurghi del Cic prendono le distanze dallo “spot degli avvoltoi”**

*“Condividiamo gli scopi di Amami, ma non il percorso intrapreso”, spiega il presidente del Cic, Nicola Surico, in merito allo spot dell'Associazione. Per Surico il messaggio da diffondere è quello contenuto nello spot del Cic, che sottolinea come i chirurghi siano sempre per il bene del paziente.*

I chirurghi italiani prendono le distanze spot “Medici, pazienti e avvoltoi” della Associazione Amami-medici accusati ingiustamente di malpractice. “Come affermato alla conferenza stampa di presentazione dello spot – ha spiegato **Nicola Surico**, presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic) – condividiamo gli scopi di Amami, ma non il percorso intrapreso. Alla conferenza stampa ho ricordato come il medico, in particolare il chirurgo, è costretto spesso a fronteggiare situazioni di emergenza prendendo decisioni importanti in tempo reale, e di come al cittadino non si possa garantire un diritto di risultato, perché ciascuno è legato alla sua biologia. Ho invitato i giornalisti presenti a evidenziare come lo scarso riposo dei chirurghi, di cui la Comunità Europea ci accusa, legato al deficit di organici, non sia una causa sottovalutabile nella possibilità di incorrere in errori. Così come non può essere valutata la sicurezza negli ospedali che purtroppo è carente: ho preso ad esempio i punti nascita e le cause che hanno portato allo sciopero i ginecologi lo scorso anno. Ho anche sottolineato che il sistema sanitario italiano è il secondo al mondo (gli USA sono 37°)”.

Per questo il Cic, pur avendo sostenuto lo spot “Pazienti, medici e avvoltoi”, ne ha realizzato uno, “I chirurghi per la tua salute”, più vicino alla propria moral suasion. “Vogliamo far capire alle persone che i chirurghi ci sono sempre, e soltanto chi fa il medico con dedizione lo farà bene”.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Cassazione: come cambia la colpa medica. Dall'ufficio del Massimario un anno di sentenze sulla responsabilità**

L'ufficio del Massimario della Corte di cassazione con la tradizionale raccolta annuale della giurisprudenza, affidata alla sapiente e magistrale opera di Marco Rossetti, traccia i contorni e il contenuto della responsabilità sanitaria.

Nel 2013 gli orientamenti in campo civile non hanno fatto registrare significativi mutamenti, salvo che nel caso del risarcimento della responsabilità da nascita indesiderata

che aveva avuto, come punto di svolta, l'ormai famosa e dibattuta sentenza n. 16754/2012.

Il punto focale delle pronunce selezionate riguarda l'importanza della comunicazione analizzata sia dal punto di vista del passaggio di informazione tra gli operatori sanitari che tra questi e il paziente.

L'analisi si presenta estremamente importante, in quanto, sempre più spesso, nel suo percorso assistenziale il paziente transita da medici e strutture diverse. Basilare, in questo senso, risulta essere la sentenza n. 4029/2013 la quale ha stabilito che delle conseguenze dannose di un intervento chirurgico, eseguito in modo imperito, possono essere chiamati a rispondere non solo i sanitari che l'hanno eseguito, ma anche il medico curante del paziente, se questi ometta di informare i colleghi chirurghi del particolare tipo di cure cui era stato sottoposto il paziente, e dei peculiari effetti che tali cure avevano prodotto (nella specie, era accaduto che una cura contro l'infertilità eseguita dal medico di fiducia aveva provocato un ingrossamento delle ovaie della paziente, e aveva indotto altri sanitari a rimuoverle, con un intervento reputato non necessario).

Sul versante della comunicazione tra medico e paziente, va sempre più consolidandosi la struttura dell'obbligazione relativa al consenso informato. Tre sentenze hanno un valore essenziale per tracciarne i confini in relazione al contenuto dell'obbligo di informazione, al riparto della prova e all'assolvimento di tale onere, e alle conseguenze dell'omessa informazione.

In relazione al contenuto delle informazioni da fornire al paziente, fondamentale la sentenza n. 18334/2013, secondo la quale «il medico-chirurgo deve fornire al paziente tutte le informazioni scientificamente possibili sull'intervento chirurgico che intende eseguire», e soprattutto sul bilancio rischi/vantaggi dell'intervento stesso, tanto più in presenza di fattori di pericolo che sconsiglino l'intervento.

Non scrimina neppure il fatto che a ricevere l'informazione sia un persona altamente qualificata, come descritto nella sentenza n. 19220/2013 che pone «sul medico l'onere di provare di avere fornito al paziente un'informazione completa ed effettiva sul trattamento sanitario e sulle sue conseguenze, senza che l'adempimento di tale obbligo possa venir meno per il solo fatto che il paziente sia persona altamente scolarizzata». Nella stessa decisione, tuttavia, la Corte ha aggiunto che il livello culturale del paziente può incidere sulle modalità dell'informazione, la quale deve essere sempre adeguata al suddetto livello culturale, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone.

Quanto, infine, alle conseguenze della violazione dell'obbligo di informazione, fondamentale il contenuto della sentenza n. 11950/2013, conforme al precedente n. 2847, che ha ribadito il principio secondo il quale la violazione non costituisce di per sé un danno risarcibile. Il danno deve essere effettivo e può consistere sia in un danno alla salute che in un danno patrimoniale. L'onere risarcitorio si configura, però, solo se sia ragionevole ritenere che il paziente (su cui grava il relativo onere probatorio), se fosse stato correttamente informato, avrebbe evitato di sottoporsi all'intervento e di subirne le conseguenze invalidanti oppure se, a causa del deficit informativo, abbia subito un pregiudizio patrimoniale o non patrimoniale (e, in tale ultimo caso, di apprezzabile gravità), diverso dalla lesione del diritto alla salute.

Nulla di nuovo, invece, circa il riparto dell'onere della prova confermato dalla sentenza n. 4792, secondo la quale il paziente deve limitarsi a dimostrare l'esistenza del contratto (o il

contatto sociale) e allegare l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo a carico del medico convenuto dimostrare che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato causa del danno. Ne consegue che se, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale tra condotta del medico e danno, tale incertezza ricade sul paziente e non sul medico.

Sempre in collegamento con il tema del consenso e dell'informazione, particolare la fattispecie descritta nella sentenza n. 1874 in tema di donazione di rene. Sostengono i giudici che, ai sensi della legge 458/1967, la donazione deve essere preceduta da un provvedimento giudiziale il quale accerti la sussistenza di una effettiva e libera volontà del donante. In presenza di tale provvedimento, ha statuito la sentenza, deve presumersi iuris tantum che la volontà del donante si sia correttamente formata e sia stata accertata dal giudice che ha autorizzato l'espianto, con la conseguenza che spetta a chi nega tale circostanza provare il contrario.

## **Quinto rapporto annuale sui costi assicurativi in 96 strutture di ricovero pubbliche Cura Rc da 4mila euro a letto Cala il contenzioso, cresce la spesa: in un anno mille euro in più a medico**

Marsh ha recentemente pubblicato la quarta edizione della Medmal Claims Italia dove sono state analizzate le richieste di risarcimento danni di 9 anni, dal 2004 al 2012, su un campione rappresentativo del territorio nazionale della sanità pubblica. Il volume d'analisi si è aggirato intorno alle 39mila richieste di risarcimento che sono pervenute alle strutture sanitarie clienti della società di brokeraggio assicurativo. La quinta edizione del report si basa sui risultati di un campione di 96 strutture pubbliche (95 nella precedente edizione) corrispondente a più del 98% delle aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche in portafoglio.

Nella quinta edizione, a livello nazionale il valore assicurativo di un posto letto è stimato intorno a 3.948 euro, un singolo ricovero intorno a 106 euro, un medico 6.841,10 euro e un infermiere 2.864,13 euro. Se attraversiamo l'Italia da Nord a Sud si osserva che questo dato varia. Un posto letto al Nord costa circa 3.526 euro, al Centro 4.858 e al Sud quasi 3.500 euro. Per il personale medico ci sono delle variazioni che vanno dai 6.080 euro del Nord agli 8.850 euro del Centro, ai 5.000 euro del Sud. In quasi tutte le situazioni analizzate l'esposizione economica maggiore si verifica nel Centro Italia. I dati rispetto alla quarta edizione sono notevolmente peggiorati sul versante economico e non sui tassi.

All'interno dello studio è stato possibile calcolare la frequenza degli eventi a livello nazionale e non. Dai dati è emerso che avvengono 10,08 sinistri ogni cento posti letto, 2,68 ogni mille ricoveri, 18 eventi ogni cento medici e 7,3 ogni cento infermieri. I tassi variano, in relazione alla localizzazione geografica. In particolare i tassi diminuiscono se si prendono in considerazione le strutture sanitarie del Nord, aumentano considerevolmente al Centro e anche al Sud. Bisogna dire però che si registra una flessione dei tassi di rischio. Se prendiamo in considerazione due fattori come i posti letto e il personale medico si può affermare, a esempio, che il tasso per i posti letto varia da 9,30 eventi ogni cento al Nord, 11,50 al Centro e 9,15 al Sud. Per il personale medico, il range varia da 16,00 eventi ogni cento al Nord a 21,00 al Centro e 16,00 al Sud.

La capillarità dei dati e l'affidabilità statistica hanno permesso di quantificare il costo assicurativo anche per quelle specialità cliniche che registrano la maggiore frequenza di richieste di risarcimento danni: chirurgia generale, ortopedia e ostetricia e ginecologia. Per quanto riguarda la chirurgia generale, si può stimare che a livello nazionale un posto letto costa poco più di 5.145 euro e un ricovero 135 euro.

La specialità di ortopedia ha un costo di 6.817 euro per posto letto e circa 188 euro per ricovero. Invece, un discorso differente va fatto per l'ostetricia e la ginecologia che ha un costo più elevato per posto letto (più di 12.872 euro), ma piuttosto contenuto per singolo ricovero (202 euro). In generale si può affermare che le specialità di chirurgia generale e ortopedia hanno avuto una leggera contrazione, mentre l'ostetricia e ginecologia sono ulteriormente peggiorate.

Per queste specialità sono stati calcolati i tassi di frequenza a livello nazionale e per area geografica. Se si prende in considerazione una specialità molto sensibile come quella di ostetricia e ginecologia si è visto che a livello nazionale avvengono 11,15 eventi ogni cento posti letto e 1,76 eventi ogni mille ricoveri. Geograficamente tali tassi variano. Al Nord avvengono 9,77 eventi per i posti letto e 1,58 per i ricoveri, al Centro 13,30 e 1,88 e al Sud 8,43 e 1,59. Per l'ortopedia è interessante vedere la distribuzione di questi tassi all'interno delle differenti tipologie di ospedali che sono presenti sul territorio italiano. La frequenza nazionale è pari a 20,09 eventi ogni cento posti letto e 5,54 ogni mille ricoveri. Nelle aziende sanitarie e ospedaliere di base, non specialistiche, il tasso è pari a 15,53 ogni cento posti letto e 4,51 ogni mille ricoveri, nei policlinici il primo dato è pari a 20,92 e il secondo a 4,82; nelle aziende monospecialistiche il dato varia a seconda del parametro che viene preso in considerazione: 17,73 eventi ogni cento posti letto e 5,33 eventi ogni mille ricoveri. In questa quinta edizione si notano dei miglioramenti per i tassi di frequenza degli eventi in tutte le strutture a eccezione della categoria aziende specialistiche di secondo livello, dove si osserva un leggerissimo aumento.

Il costo assicurativo per posto letto, medico, infermiere e ricovero è stato calcolato anche per le differenti tipologie di strutture sanitarie che compongono il campione. Le varie aziende sono state raggruppate in aziende sanitarie e ospedaliere di base, aziende ospedaliere specialistiche, policlinici universitari e aziende ospedaliere monospecialistiche. Nelle strutture sanitarie di base o di primo livello il costo per posto letto è poco più di 3.450 euro, per medico più di 6.379 euro, per infermiere circa 2.594 euro e per ricovero circa 95 euro. In questa edizione, tali strutture che in passato erano caratterizzate da costi superiori alla media, hanno registrato miglioramenti sia di tassi sia economici. Nei policlinici e aziende ospedaliere universitarie analizzate, il costo per posto letto è di circa 3.311 euro, per medico poco più di 5.285 euro, 2.203 euro per infermiere e 88.45 euro per ricovero.

La tipologia delle richieste di risarcimento danni. Nel quinto report Marsh la media di circa 61 richieste annue dell'edizione precedente è leggermente scesa. L'84% delle richieste danni riguarda pazienti, il 9,5% visitatori e il 3,5% operatori. A guidare la classifica per tipologia di rischi, ovviamente è il rischio clinico con il 74%, seguono i rischi alla struttura (eventi in aree comuni, parcheggi, scale ecc.) 10%, i danni alla proprietà (oggetti personali, protesi ecc.) 10% e i rischi professionali 2,5 per cento.

L'analisi delle conseguenze seguite all'evento che ha determinato la richiesta di risarcimento vede al primo posto le lesioni 79% seguite dai danni alle proprietà 10% e decesso 8 per cento.

Le principali tipologie di errori reclamati sono errori chirurgici (27%), errori diagnostici (19%), errori terapeutici (11%), cadute di pazienti e visitatori (10%), danneggiamenti a cose (6%) e smarrimenti e furti (4%). Le specialità cliniche maggiormente interessate sono: struttura e parti comuni (16%), ortopedia (13%), pronto soccorso (12,5%), chirurgia generale (10%), ostetricia e ginecologia (8%) e medicina generale (3%). La maggior parte delle richieste di risarcimento danni sono denunciate entro i primi 6 mesi dalla data di accadimento dell'evento; più della metà entro 2 anni. Nel corso dei nove anni (2004-2012) è stato chiuso circa il 31% delle richieste danni, mentre resta aperto poco più del 45% di pratiche e un ulteriore 23% circa risulta senza seguito.

La dimensione del campione di analisi e la stratificazione dei dati per area geografica e tipologia di ospedali. Nella quinta edizione della Medmal Claims Analysis il campione di analisi è stato aumentato da 95 a 96 strutture sanitarie per il periodo dei 9 anni di osservazione. Dall'analisi dei dati emerge che il maggior numero delle richieste danni viene presentato al Nord 55,4% (21.255 richieste danni), seguono le strutture del Centro con il 39% (14.801) e il Sud con il 6% (2298). Se analizziamo il dato medio per singola struttura sanitaria il Nord equivale al 43,33% (452 richieste danni), il Centro è il 38,33% (400) e il Sud 18,35% (192).

Osservando invece il dato complessivo delle richieste danni in base alla tipologia di struttura sanitaria e/o ospedaliera si evince che le strutture sanitarie di primo livello, ovvero quelle di base, registrano il maggior numero di richieste danni pari a 54,73% (20.993), seguono le strutture di secondo livello (come ospedali ad alta intensità di cura o ad alta specializzazione) 23,46% (8.999) e gli ospedali universitari al 18,80% (7.210). Molto distanziate sono le strutture specialistiche monotematiche come quelle ortopediche 1,80% (690), materno-infantili 1% (372) e quelle oncologiche 0,23% (90).

Analizzando sempre per le tipologie di ospedali il dato medio per singola struttura, i policlinici universitari sono al 25% (481 richieste danni), le strutture di secondo livello 22,41% (429) e gli ospedali di base 20% (382). Tra le strutture monospecialistiche quelle ortopediche hanno la percentuale più alta 18% (345), seguono i materno-infantili 10% (186) e quelli oncologici 4% (90).

*Emanuele Patrini*  
*Healthcare practice leader - risk consulting -*  
*Marsh Spa*

## **Cure transfrontaliere, sperimentazioni animali e farmacovigilanza: oggi in Consiglio dei ministri il via libera ai Dlgs di adeguamento all'Ue**

All'ordine del giorno del Consiglio dei ministri di questa mattina - il quarto del Governo Renzi - i tre Dlgs rimanenti dopo l'approvazione di quello sui medicinali per uso umano

(**VEDI**) e le ferite da taglio e punta (**VEDI**): cure transfrontaliere, sperimentazione animale e farmacovigilanza.

I tre Dlgs sono sul filo di lana della messa in mora per l'Italia, tanto che la loro pubblicazione in Gazzetta è già prevista a strettissimo giro dopo il via libera atteso per oggi.

### **Cure transfrontaliere**

Si tratta del recepimento della direttiva sulle cure transfrontaliere, la 2011/24/UE e della direttiva 2012/52/UE sulle misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro (accorpate). E' una cornice per i diritti dei pazienti nell'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Il Dlgs istituisce, tra l'altro, il Punto di contatto nazionale; prevede che i costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, che dovrà comunque limitarsi alle prestazioni previste nei Lea ed essere fornita in ambito pubblico, siano rimborsati in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti; Il provvedimento regola anche le autorizzazioni preventive e il riconoscimento delle prescrizioni rilasciate in un altro Stato membro.

### **Sperimentazioni animali**

E' l'attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici. Sul testo si è espressa ieri la Commissione Politiche dell'Unione europea rilevando possibili incompatibilità con la normativa europea. Il Dlgs infatti rispetto alla direttiva comunitaria introduce ulteriori divieti: il divieto di fare ricerca sulle sostanze d'abuso e sugli xenotrapianti, il divieto di allevare cani, gatti e primati non umani a fini scientifici (pur mantenendo la possibilità di utilizzarli con la conseguente necessità di importarli), il divieto di utilizzare animali nei corsi universitari delle facoltà scientifiche legate alla ricerca biomedica ad esclusione della facoltà di Medicina veterinaria. Sui primi due punti il Dlgs introduce una moratoria di tre anni.

Sul Dlgs ci sono state parecchie critiche da parte delle commissioni parlamentari che lo hanno giudicato troppo restrittivo rispetto alle norme Ue.

### **Farmacovigilanza**

L'attuazione della direttiva 2012/26/UE modifica, per quanto riguarda la farmacovigilanza, la direttiva 2001/83/CE. Obiettivo del provvedimento, il corretto funzionamento del mercato del settore e una maggiore trasparenza ed efficienza del sistema nei casi in cui siano stati individuati problemi di sicurezza.



**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584