

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
29 APRILE 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### GIUNTA REGIONALE **Sanità, oggi la nomina del direttore generale**

Patto di stabilità e nomina del direttore generale dell'assessorato alla sanità sono i punti più significativi dell'ordine del giorno della seduta di oggi della giunta Pigliaru. Del Patto parlerà l'assessore al bilancio Raffaele Paci anche alla luce degli ultimi incontri avuti con la Ragioneria generale dello Stato e secondo l'esecutivo «dall'esito favorevole per il riconoscimento in tempi brevi della possibilità di spendere 1,2 miliardi oltre i vincoli proprio per le maggiori entrate riconosciute». A portare al tavolo di viale Trento la nomina del direttore generale sarà invece l'assessore alla sanità, Luigi Arru. Sempre oggi la giunta dovrebbe cominciare ad affrontare proprio il problema delle nomine negli enti e nelle società controllate, col primo problema che potrebbe esserci con il consiglio d'amministrazione dell'Ersu di Cagliari su cui è in corso una spartizione in Consiglio regionale. Per la maggioranza nel Cda potrebbe entrare il giornalista Claudio Cugusi (La Base), mentre la minoranza avrebbe designato l'ex assessore dell'Udc Andrea Biancareddu. Il presidente dell'Ersu di Cagliari sarà poi nominato dal governatore Pigliaru sentito il rettore di Cagliari. Sempre a proposito di nomine oggi dovrebbero essere completati gli staff dei dodici assessori (segretario particolare, capo di gabinetto ed esperto, con l'insistente richiesta che però siano pubblicati i curricula dei prescelti come prevedono le norme sulla trasparenza delle amministrazioni pubbliche) e deliberato l'incarico di capo dell'Ufficio stampa della Giunta. Sarà Roberto Morini, già caporedattore de La Nuova Sardegna e ora in pensione.

#### TEMPIO **Un anno di attesa per una colonscopia**

Una donna tempiese di 67 anni che il 24 aprile scorso, munita di regolare impegnativa del suo medico, ha chiesto al Cup un appuntamento per un esame colonscopico, si è vista fissare la visita, per il 2 marzo del 2015. «In un primo momento -, racconta la donna con le lacrime agli occhi -, ho pensato più che a un errore a una mia svista. Leggendo con attenzione però, ho visto che, oltre la data del 2 marzo, era indicata anche la giornata, lunedì. Lunedì due marzo 2015. Un'eternità, almeno per me, che da mesi sto lottando inutilmente contro un fastidioso oltre che preoccupante problema». La donna racconta di avere chiesto delucidazioni all'addetto allo sportello che non ha potuto fare altro che confermare la data. «Incredulo e smarrito lui stesso», dice la signora -, che ora guarda con terrore ai mesi di sofferenza che l'attendono prima di capire, forse, da cosa sia stato originato il suo disturbo. «Assieme all'impegnativa per la visita del prossimo anno - racconta con un sorriso amaro la paziente - mi è stato consegnato anche un foglio, contenente tutte le norme comportamentali da seguire alla vigilia della visita stessa. All'impiegato ho detto che ne leggerò un pezzetto tutti i giorni. Sono certa che dopo un

anno di lettura, sempre che sia ancora viva, conoscerò le istruzioni a menadito e sarò promossa con il massimo dei voti». Poi la signora si fa seria. «Se avessi potuto permettermi la visita a pagamento, non sarei certamente stata qui a raccontare la mia storia. Lo faccio per sollecitare, se possibile, la visita entro un tempo più ragionevole dei quasi 12 mesi che mi sono stati assegnati e per denunciare che altri cittadini con i più disparati disturbi sono costretti a liste di attesa più o meno lunghe». Uno dei casi più eclatanti di attesa per una visita, era stato, l'anno scorso quello di un pensionato tempiese che, dal 3 giugno 2013, giorno in cui gli era stato fissato a Olbia, l'appuntamento per una visita di "Studio del campo visivo", si vide spostare l'appuntamento stesso al 13 gennaio di quest'anno. La nuova data gli era stata assegnata però dopo che per altre due volte il pensionato si era presentato a Olbia senza che nessuno lo informasse che il medico era assente per ferie. Con buona pace del rispetto dovuto al paziente, se non come atto sentito, come atto deontologicamente imposto.

## **ITTIRI Ittiri ottiene dall'Asl il secondo pediatra**

Sul fronte della battaglia per la sanità a Ittiri, che vede l'amministrazione comunale e il direttore generale della Asl, Marcello Giannico, schierati l'un contro l'altro in difesa delle proprie posizioni, ad incassare un punto a proprio vantaggio è l'esecutivo guidato da Tonino Orani che si vede riassegnare il secondo pediatra, che la ASL, dopo la cessazione dell'attività da parte del dottor Pinna, aveva comunicato di non voler sostituire. La riassegnazione del secondo pediatra a Ittiri è frutto «dell'azione congiunta di tre soggetti: Comune, ASL e genitori, che ha portato al risultato voluto. E' di pochi giorni fa – continua la nota del Comune – la notizia che il 2 maggio prenderà servizio a Ittiri la dottoressa Giovanna Desole, pediatra di libera scelta. Questo risultato – prosegue il documento – è la prova concreta che quando le battaglie si combattono insieme si riesce a conseguire i risultati». Un modo piuttosto sibillino di chiamare la dirigenza della ASL ad assumere analogo atteggiamento anche per il sopprimendo punto di guardia medica all'Alivesi la cui attività dovrebbe cessare con il 30 aprile 2014. Il sindaco e l'assessore ai Servizi sociali Giovanna Scanu che, in prima persona hanno promosso la vertenza con la ASL per il ritorno del secondo pediatra, dichiarano: «Una nota di merito e di motivato orgoglio, va ascritta ai genitori che, da subito si sono opposti alla decisione della ASL vincendo una lotta importante per il diritto alla salute». Lo sbocco positivo per una vertenza che si presentava particolarmente impegnativa, non può non essere collegata ad un'altra importante battaglia, sul fronte della sanità pubblica, che Ittiri e il territorio sta vivendo in questi giorni, con la netta e ferma contrarietà alla decisione della direzione generale della ASL di Sassari di sopprimere il punto di guardia medica diurna, presso il presidio sanitario dell'Alivesi. Il comunicato, infatti, si conclude con un'inevitabile richiamo alla lotta in atto, che ha già visto il Consiglio Comunale, nella seduta straordinaria del 23 aprile, opporsi, alla chiusura dei servizi di utilità pubblica ed al loro accentramento nelle città. «Fenomeno che è causa di spopolamento e impoverimento dei centri minori». Intanto sul fronte politico si registra una richiesta dell'opposizione in Consiglio Comunale, a firma dei consiglieri Zara, Sanna, Pisanu, Desole e Simula, al sindaco per la convocazione urgente, per il 30 aprile, del Consiglio Comunale straordinario, da tenersi presso la sede della Asl di via Catalocchino e alla presenza dei dirigenti aziendali, per discutere il problema legato alla soppressione della guardia medica diurna.

# DALL'ITALIA

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### **Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria a Lorenzin: “Riconoscere nostra specificità. Serve nuova area contrattuale autonoma”**

*Lo chiedono in una lettera i sindacati della dirigenza del Ssn allarmati per l'annunciata riforma della Pubblica Amministrazione. “L'occasione sia utilizzata per un progetto che introduca meccanismi di premialità e di valutazione che non considerino solo la performance gestionale ma anche quello che medici, veterinari e dirigenti sanitari fanno in termini di impegno professionale, competenza e capacità individuale”.*

Dopo il decreto Irpef il Governo si appresta a varare un nuovo provvedimento per la riforma della Pubblica Amministrazione. Le prime indiscrezioni del ddl su cui sta lavorando il ministro **Madia**, parlano di interventi sulle carriere e sui trattamenti accessori del personale della PA. In questo contesto i sindacati della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Ssn hanno scritto oggi al ministro della Salute **Lorenzin** per chiedere un incontro dove aprire “un confronto per arrivare in tempi rapidi ad una proposta condivisa, ivi compresa la possibilità di un contratto medico, veterinario e sanitario di ingresso nel Servizio Sanitario Nazionale con caratteristiche peculiari, che possano essere uno strumento propedeutico all'immissione in ruolo del personale sanitario”.

“Il nostro obiettivo – scrivono i sindacati - è recuperare i valori insiti nella nostra professione, perché non è tagliando gli stipendi e peggiorando le condizioni di lavoro che si mantiene e rafforza il SSN, ma rimotivando i professionisti che lavorano nel servizio pubblico e che ne rappresentano il principale patrimonio”.

“Chiediamo un Suo intervento – scrivono ancora rivolti a Lorenzin - affinché con la riforma della pubblica amministrazione, anche prevedendo un rinvio a successivi provvedimenti legislativi, sia definito un progetto che introduca meccanismi di premialità e di valutazione, che, definiti attraverso i contratti di lavoro, consentano il passaggio da un sistema che valuta solo la performance gestionale ad uno che, viceversa, verifica quello che medici, veterinari e dirigenti sanitari fanno in termini di impegno professionale, competenza e capacità individuale”.

“Diventa quindi indispensabile – concludono i sindacati - il recupero di un'area contrattuale autonoma, in luogo del semplice settore previsto dalla riforma di Brunetta all'interno di un'area Regioni – Sanità che mette insieme professionalità che hanno poco in comune tra loro e modalità lavorative ben diverse”.

**Leggi la lettera integrale.**

## **Anaao Giovani lancia petizione online: “Istituire un registro per censire la popolazione medica”**

*‘I giovani medici non siano più un'ombra’. Questo lo slogan con cui la ‘costola’ Giovani del Sindacato della dirigenza medica lancia una raccolta firme via web per sensibilizzare i Ministeri della Salute e dell’Università e i Parlamentari. “Manca un registro dei medici specialisti italiani per il corretto calcolo del numero chiuso e dei contratti di formazione specialistica”.*

“Oggi un giovane medico è solo un numero perché i Ministeri, le Università, le Regioni e gli Ordini medici non lo "vedono" e non "parlano" tra loro. Ad oggi manca infatti un registro dei medici specialisti italiani per il corretto calcolo del numero chiuso e dei contratti di formazione specialistica”. È quanto sostiene l’Anaao Giovani che ha lanciato una petizione su [www.change.org](http://www.change.org) per sensibilizzare i Ministeri competenti e i Parlamentari sulla necessità di censire la popolazione medica italiana.

“La Sanità italiana – si legge in una nota - soffre di un’importante vuoto informativo. La popolazione universitaria pre-laurea è censita dal Miur, come anche la popolazione dei medici in formazione specialistica. Il numero dei medici impegnati nell’esame di abilitazione professionale è invece censito dal Cineca. Alma Laurea diversamente produce dati sui livelli di impiego, retribuzione e formazione post laurea ad intervalli fissi 1-3-5 anni mediante campionamento randomizzato attraverso interviste telefoniche. La diversa temporizzazione e la frammentazione degli strumenti di censimento impedisce una fotografia puntuale della realtà medica. Ad oggi risulta sempre più sproporzionato il numero chiuso per l’accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia rispetto ai pochi contratti di formazione specialistica, divario aggravato anche dal numero di ricorsi”.

“Ricordiamo - specificano da Anaao Giovani - che la cattiva programmazione fino ad oggi condotta, avrà serie ripercussioni su formazione, occupazione e previdenza. Un esempio tra tutti è il recente bando MIUR per l’accesso alle Scuole di Specializzazione, quest’anno ulteriormente procrastinato ad ottobre 2014, che ritarderà l’accesso alle Scuole di Specialità con evidente mancata occupazione futura”.

Risulta pertanto vitale per l’Anaao “la centralizzazione dei dati di censimento riguardanti la popolazione medica italiana e il loro studio, per l’ottimizzazione prospettica delle risorse sanitarie, rivolte sia ad una migliore politica gestionale che ad una maggiore consapevolezza della categoria stessa e delle opportunità di impiego nel Sistema Sanitario Nazionale. Si impone oggi un continuum informativo tra i diversi Enti, riguardo i numeri di accessi all’Università sino al momento del pensionamento, che possa fornire una base solida su cui costruire una lettura critica della condizione formativa, lavorativa e occupazionale dei medici italiani e indirizzare una programmazione mirata e corretta”.

## **Giornata mondiale per la salute e la sicurezza sul lavoro. Al centro l’utilizzo dei prodotti chimici**

*Le sostanze chimiche sono fondamentali nella vita moderna e continueranno ad essere*

*prodotte e utilizzate sui luoghi di lavoro. Ma serve un equilibrio adeguato tra i vantaggi che rappresentano le sostanze chimiche e le misure preventive e di controllo degli effetti indesiderati sui lavoratori, sulla popolazione e sull'ambiente. IL RAPPORTO DELL'ILO.*

Il tema scelto quest'anno per la Giornata mondiale per la salute e la sicurezza sul lavoro è "Salute e sicurezza nell'utilizzo di prodotti chimici sul lavoro". La produzione e l'utilizzo delle sostanze chimiche in tutto il mondo presenta una delle sfide più significative per i programmi di protezione del luogo di lavoro. Le sostanze chimiche sono fondamentali per la vita, e i vantaggi che queste sostanze rappresentano sono largamente diffusi e riconosciuti. Dai pesticidi che migliorano il rendimento e la qualità della produzione alimentare, ai farmaci per curare le malattie, ai prodotti di pulizia che aiutano a stabilire condizioni di vita igieniche, le sostanze chimiche sono fondamentali per garantire condizioni di vita sane e un comfort moderno. Le sostanze chimiche sono anche fondamentali in numerosi procedimenti industriali di sviluppo di prodotti necessari a garantire un adeguato livello di vita a livello mondiale.

Tuttavia, i governi, i datori di lavoro e i lavoratori sono sempre confrontati con il problema del controllo dell'esposizione a queste sostanze nei luoghi di lavoro e della limitazione della loro emissione nell'ambiente.

Il dilemma proviene dai rischi associati all'esposizione alle sostanze chimiche. Le sostanze chimiche presentano tutta una serie di possibili effetti negativi, dai rischi sanitari quali la cancerogenicità, ai rischi fisici quali l'infiammabilità, ai rischi ambientali quali la contaminazione diffusa e la tossicità per la vita acquatica. Numerosi incendi, esplosioni e altri disastri sono causati da una mancanza di controllo dei rischi fisici delle sostanze chimiche.

Nel corso del tempo, la sicurezza delle sostanze chimiche è stata l'area nella quale si sono compiuti i maggiori progressi in materia di salute e di sicurezza sul lavoro. Tuttavia, anche se, negli ultimi anni, sono stati compiuti progressi significativi in materia di regolamentazione e di gestione delle sostanze chimiche, e nonostante l'azione continua dei governi, dei datori di lavoro e dei lavoratori per ridurre gli effetti negativi dell'utilizzo di sostanze pericolose a livello nazionale e internazionale, tutto ciò è ancora insufficiente. Continuano ad esserci incidenti gravi, con conseguenze negative per la salute umana e per l'ambiente. I lavoratori direttamente esposti a sostanze pericolose dovrebbero avere il diritto di lavorare in un ambiente sicuro e salubre, e di essere adeguatamente informati, formati e protetti.

### **Proteggere i lavoratori e l'ambiente**

Come ogni anno, **l'ILO ha preparato un rapporto** che chiede ai governi, ai datori di lavoro e ai lavoratori e alle loro organizzazioni di collaborare per sviluppare e applicare politiche e strategie nazionali per la salute e la sicurezza nell'utilizzo di sostanze chimiche sul lavoro. L'ILO riconosce che è necessaria una gestione razionale per garantire un buon equilibrio tra i vantaggi dell'utilizzo di prodotti chimici e le misure preventive e di controllo degli effetti indesiderati sui lavoratori, sulla popolazione e sull'ambiente. Questo obiettivo si può raggiungere attraverso l'azione concertata dei governi e delle organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori.

Il rapporto pubblicato in occasione della Giornata mondiale per la salute e la sicurezza sul

lavoro 2014 esamina la situazione attuale relativa all'utilizzo dei prodotti chimici sul lavoro e al loro impatto sui luoghi di lavoro e sull'ambiente, e in particolare le diverse iniziative adottate a livello nazionale, regionale e internazionale per fronteggiare questo problema. Il rapporto presenta anche elementi per stabilire programmi nazionali a livello dell'impresa che contribuiscono a garantire una gestione razionale dei prodotti chimici sul lavoro.

### **La strada da seguire**

Le sostanze chimiche sono fondamentali nella vita moderna e continueranno ad essere prodotte e utilizzate sui luoghi di lavoro. L'azione concertata dei governi e delle organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori può promuovere la gestione razionale dei prodotti chimici e realizzare un equilibrio adeguato tra i vantaggi che rappresentano le sostanze chimiche e le misure preventive e di controllo degli effetti indesiderati sui lavoratori, sulla popolazione e sull'ambiente.

È necessaria una azione globale coerente per fronteggiare il continuo progresso scientifico e tecnologico, l'aumento della produzione mondiale di sostanze chimiche e i cambiamenti nell'organizzazione del lavoro. È anche importante continuare a sviluppare nuovi strumenti per rendere più accessibile l'informazione sui rischi chimici e le misure di protezione corrispondenti, come pure per trarre vantaggio di questa informazione per stabilire un approccio strutturato alla salute e alla sicurezza nell'utilizzo di prodotti chimici sul lavoro.

*Fonte: ILO*

## **DOCTORNEWS33**

### **Bonus Irpef. Fimmg Formazione: escluderci è una vessazione**

«La borsa per i medici che hanno scelto di specializzarsi in medicina generale è di appena 800 euro al mese lordi, è tassata Irpef e sono passati ormai sette o otto anni dall'ultimo adeguamento (deciso dal ministro Livia Turco) al tasso di inflazione. In una situazione già così penalizzante, essere esclusi dallo sgravio fiscale appare come una vessazione». Così Giulia Zonno, coordinatrice nazionale di Fimmg Formazione commenta il testo del decreto Irpef, pubblicato in Gazzetta Ufficiale, che esclude i giovani medici in formazione specifica in medicina generale. Zonno ricorda che la Fimmg sta lavorando per avere la possibilità, durante il corso di formazione, di integrare l'esigua borsa con lo svolgimento di attività retribuite nelle cure primarie: «L'ipotesi è già stata presentata e condivisa con il ministro della Salute». Proprio a Beatrice Lorenzin Giacomo Milillo, segretario del principale sindacato dei medici di famiglia, intende rivolgersi, per sanare questa esclusione, avvertita come ingiusta, dal bonus fiscale. «Incontrerò il ministro nei prossimi giorni – dice Milillo con un certo ottimismo – e ritengo che la nostra proposta sia facilmente realizzabile; è una questione di principio ma anche un aiuto concreto a giovani che non hanno la possibilità di fare altri lavori, non sono indipendenti e sono costretti a vivere a carico delle famiglie. Il costo non sarebbe rilevante, lo quantificheremo a breve con precisione, ma comunque siamo complessivamente nell'ordine di poche centinaia di migliaia di euro».

## **Snamì: contro Ps intasati no Case salute ma più rinvii a Mmg**

«Ci potranno essere mille filtri nel territorio e mille case della salute ma saranno sempre più intasati. Se lei prenota un elettrocardiogramma ed una visita cardiologica e ha l'appuntamento dopo sei mesi sarà tentato oppure no, se ha solo un lieve malessere, di recarsi subito ad un pronto soccorso?». Con queste parole **Angelo Testa** presidente del sindacato Snamì in un'intervista al sito del suo sindacato spiega come i costi delle case della salute non ben previsti dalla parte pubblica e soprattutto dalla legge Balduzzi del 2012, potrebbero portare alla fine del Ssn universalistico fin qui noto. La soluzione, per Testa, è «estrapolare i movimenti di tutti i pazienti che si recano volontariamente al pronto soccorso e stabilirne le motivazioni e quindi rinviare al medico di medicina generale il paziente che ha necessità di accertamenti procrastinabili e non urgenti e fargli pagare la somma dei vari ticket degli accertamenti eventualmente effettuati»

Gli investimenti per potenziare il territorio sulle urgenze non risolvono l'intasamento degli ospedali come dimostra l'esperienza in Emilia Romagna dove lo scorso anno a Bologna le prestazioni in Ps sono cresciute da 923 mila a un milione, nonostante l'avvento delle case della salute preposte anche allo screening per depistare i "codici bianchi", cioè i pazienti non urgenti. Pazienti che sono "poco malati": «I medici Snamì sono "al fronte" tutti i giorni nel territorio e possono monitorare il fenomeno anche nei minimi particolari. Le regioni ora «vogliono 'ospedalizzare' il territorio creando nuovi centri di spesa: Case della salute, Aft e Uccp. Viceversa Snamì pensa che la continuità delle cure si debba porre in essere favorendo la deospedalizzazione, portando personale nel territorio, rafforzando le residenze assistenziali per anziani e migliorando le forme di assistenza domiciliare integrata come l'adi, la cui attivazione oggi vede ben 48 ore di latenza alla faccia della continuità delle cure».

## **DIRITTO SANITARIO Nullità del provvedimento disciplinare per difetto di motivazione**

### **Il fatto**

Un dentista ha proposto ricorso contro la decisione della competente Commissione Odontoiatri che aveva irrogato nei suoi confronti la sanzione disciplinare della "cesura" per violazione dei doveri inerenti alla professione medica in relazione ad un volantino pubblicitario diffuso dalla struttura in cui rivestiva il ruolo di Direttore sanitario.

La CEPPS chiamata a decidere la questione ha rigettato il ricorso e il sanitario ha agito dinanzi alla Suprema Corte.

### **Profili giuridici**

La Corte di Cassazione ha evidenziato che il provvedimento sanzionatorio impugnato è del tutto carente di motivazione ed è quindi radicalmente nullo. La necessità della motivazione dei provvedimenti in genere è un principio cardine nel nostro ordinamento giuridico e, ancor più in generale dello Stato moderno inteso come Stato di diritto. L'obbligo di motivazione in linea generale trova il suo fondamento nelle norme di legge che regolano le varie tipologie di processo: civile, penale, amministrativo, disciplinare, tributario, arbitrale. Vi sono tuttavia particolari norme che prevedono siffatto obbligo espressamente per determinati settori.

Nella fattispecie tale obbligo è previsto dal D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, art. 47 (Approvazione del regolamento..sulla ricostituzione degli Ordini delle Professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse) che commina la nullità del provvedimento che infligge la sanzione disciplinare se non contiene "l'esposizione dei motivi".

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

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **CASSAZIONE *La presenza non fa la colpa* La responsabilità del camice bianco va sempre accertata in concreto**

Dopo la quarta sezione penale (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 12/2014) tocca alla terza sezione civile della Cassazione ammonire i giudici di merito: i medici non possono essere condannati per la mera presenza in servizio nel momento in cui si verifica un errore o un danno al paziente. La responsabilità va accertata e motivata.

Con la sentenza n. 8284/2014, depositata il 9 aprile, la Suprema Corte ha accolto il ricorso di un ginecologo di una Asl siciliana, annullando con rinvio una pronuncia della Corte d'appello di Palermo.

Il camice bianco, assistente ospedaliero, era stato condannato prima dal tribunale di Sciacca e poi dai giudici di secondo grado a risarcire, in solido con il primario, i danni subiti da una bimba per il ritardo nell'esecuzione di un cesareo e l'omissione di accertamenti sullo stato del feto per le 16 ore intercorse tra il ricovero della madre e la nascita. In particolare la Corte di merito aveva riconosciuto che il primario, in quanto ginecologo di fiducia della donna, aveva seguito privatamente l'intera gravidanza e anche la visita iniziale della paziente subito dopo il suo arrivo in ospedale. Ma all'assistente ospedaliero i giudici d'appello avevano contestato di aver contribuito, con la sua condotta colposa, «alla causazione dell'evento dannoso». «Risulta infatti - recita la sentenza d'appello - che il C. era presente al momento del ricovero della T. e che lo stesso ha anche redatto, quantomeno parzialmente, la cartella clinica».

Troppo poco - rileva ora la Cassazione, cui il medico si è rivolto - per affermare la sua responsabilità. «Queste circostanze - spiega la Suprema Corte - in difetto di un adeguato contributo motivazionale sulla loro rilevanza causale non possono deporre sic et simpliciter per un riconoscimento di responsabilità».

Bando agli automatismi e alle deduzioni, insomma, come ha già fatto notare anche la quarta sezione penale. Nel caso del ginecologo siciliano i giudici di merito non spiegano «le ragioni per le quali queste circostanze abbiano integrato la negligenza addebitata, specie se si considera, come la Corte fa, che le scelte mediche furono effettuate dal primario».

È vero che il fatto che la donna fosse paziente del primario - precisa la Cassazione - non



avrebbe esonerato il medico dal dover esprimere il proprio motivato dissenso basato sulla necessaria diligenza e perizia, ma la sua sola presenza in ospedale al momento dell'arrivo della paziente «non è di per sé sufficiente a integrare il profilo di responsabilità addebitata». Anche perché la Corte d'appello non ha chiarito neppure le tempistiche adottate dal momento del ricovero e quali reali contatti abbia avuto la donna con l'assistente.

È quindi ravvisabile «un gap motivazionale» sul contributo colposo del medico. Spetta ora al giudice del rinvio fare chiarezza.

## **GIURISPRUDENZA Se il collega scagiona l'anestesista**

Anche nel caso di lacunosità delle registrazioni apposte sulla cartella clinica operatoria, al medico è concesso portare a sua difesa dei convincenti elementi, come la testimonianza dei colleghi che hanno assistito all'intervento, per dimostrare di avere fatto ricorso ai mezzi più idonei che la tecnica gli offriva per far fronte a un evento che, per il suo improvviso insorgere e per la sua violenza, non fu possibile essere sedato in tempo per evitare le complicazioni neurologiche insorte per l'arresto circolatorio.

È questa la motivazione contenuta nella sentenza n. 770/2014, depositata il 4 aprile scorso dalla terza sezione civile della Cassazione, che ha respinto le richieste di risarcimento danni avanzate dai genitori di una bambina che aveva subito un grave danno neurologico (ritardo motorio e cecità corticale) nel corso di un intervento cardiocirurgico subito presso un nosocomio milanese e finalizzato alla correzione della malformazione congenita "tetralogia di Fallot".

La fase di merito era stata favorevole al medico in quanto, in base alla valutazione medico-legale, il danno era stato ritenuto causalmente ricollegato a complicanze dell'originario quadro clinico, prevedibili ma non sempre evitabili neppure con il più avanzato stato dell'arte; escludendo in tal modo che il danno neurologico riportato (direttamente conseguente a un arresto ipossico verificatosi durante l'intervento) fosse da porre in collegamento eziologico con l'operato del medico anestesista.

I genitori avevano posto con forza l'accento sulla lacunosa compilazione della cartella clinica che non riportava in modo dettagliato gli interventi prestati. Dalla ricostruzione, a loro dire, risultava che alla paziente fossero stati somministrati farmaci inadeguati, perché a effetto anestesilogico e non cardiotonico, inadonei a superare il sopravvenuto stato di ipotensione e bradicardia. Per la coppia questo errore - di natura non revocatoria ma valutativa - era stato indotto da una incongrua ricostruzione della vicenda ed erroneamente la corte territoriale aveva basato il proprio convincimento di diligenza dell'operato dell'anestesista sulla deposizione testimoniale del chirurgo che aveva eseguito l'intervento.

La Cassazione ha ritenuto che le doglianze non fossero sufficienti a smontare le argomentazioni logiche delle sentenze di merito, in quanto l'eventuale vizio di motivazione può dirsi sussistente solo quando, nel ragionamento, sia rinvenibile traccia evidente del mancato (o insufficiente) esame dei punti decisivi della controversia, prospettato dalle parti o rilevabile d'ufficio, ovvero quando esista insanabile contrasto tra le argomentazioni complessivamente adottate, tale da non consentire l'identificazione del procedimento logico-giuridico posto a base della decisione (Cass. n. 8718 del 27/04/2005). La

contestazione non può mirare unicamente a una diversa ricostruzione in fatto determinata da un errore “valutativo”. Dalle risultanze di fatto, ricostruite dal consulente, si evinceva l’assenza di nesso causale tra le condotte dei medici e l’evento dal momento che l’intervento era stato tempestivo e i farmaci appropriati.

In questo caso il medico è riuscito a difendersi e a far emergere la sua estraneità all’evento, difesa molto più facile se la cartella clinica fosse stata correttamente e compiutamente compilata. Ma il fatto evidenzia che i sanitari non hanno sufficiente chiarezza del fatto che la corretta compilazione della documentazione sanitaria costituisce il principale mezzo di difesa per dimostrare l’appropriatezza, clinica ed economica, del loro agire clinico.

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584