

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MERCOLEDI' 1° APRILE 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ SASSARI **Pazienti in barella, i sindacati mettono in mora Sussarellu** Sollecitato un incontro al commissario straordinario Asl «Rispolverati i vecchi letti in disuso per ricoverare i malati»
- ❖ SASSARI **Centro trasfusionale flop: aperto e già chiuso** Locali inadatti: i prelievi di sangue per le donazioni di midollo osseo riprendono oggi nella sede Avis
- ❖ REGIONE/SANITA' **Medici di base, dal 15 aprile ricette on line** Il ritiro dei farmaci con la presentazione della tessera sanitaria. **La Regione risparmierà un milione**

L'UNIONE SARDA

- ❖ REGIONE **Arrivano le ricette elettroniche** Rivoluzione nella sanità, si parte il 15 aprile

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Se la sanità dà i numeri.** Ma quanti sono, sul serio, i risparmi possibili?
- ❖ **Bevere (Agenas): "La sanità ha perso la capacità di ascoltare"**

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Responsabilità professionale: le novità allo studio del comitato ristretto alla Camera**
- ❖ **Cassazione. Quando la guardia medica non va dal malato**

DOCTOR 33. IT

- ❖ **Parte fattura elettronica, ma sull'obbligo per gli Ordini dei medici è bagarre**
- ❖ **Medicina difensiva. Ricciardi: modificare il Codice penale**

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Pazienti in barella, i sindacati mettono in mora Sussarellu Sollecitato un incontro al commissario straordinario Asl «Rispolverati i vecchi letti in disuso per ricoverare i malati»

Pazienti in barella che aspettano un posto letto, tanto che sono stati rispolverati i vecchi letti inutilizzati, reparti che scoppiano, carenza di personale. È il quadro allarmante della sanità a Sassari e ad Alghero dipinto dai sindacati che reiterano la richiesta di un incontro al commissario straordinario dell'Asl, Agostino Sussarellu. In una lunga e dettagliata nota i segretari territoriali di Cgil Fp, Cisl Fp, Uil Fpl e Fials (Pierpaolo Spanedda, Antonio Monni, Dario Cuccuru e Salvatore Dettori), sollecitano soluzioni e una risposta finora mai ottenuta alle note inviate alla dirigenza dell'azienda sanitaria. E parlano di «gravissime criticità» legate principalmente alle condizioni organizzative con le quali il personale, quotidianamente, è costretto a scontrarsi. In particolare le condizioni sono gravi nella cosiddetta “Ala Sud” dell'ospedale civile Santissima Annunziata, inaugurata solo due anni fa e che doveva rappresentare, ricordano i sindacati, “la rivoluzione logistica” per l'assistenza sanitaria sassarese. Tanto che nell'unità di Geriatria e Gastroenterologia con 32 posti letto i pazienti in carico venerdì scorso erano 52; in Medicina Interna invece su 60 posti letto i pazienti erano in tutto 74. «È necessario aprire un tavolo di confronto affinché, ognuno per la sua parte, si faccia carico di risolvere una situazione di inciviltà quale è quella dello stazionamento dei pazienti sulle barelle in attesa di un posto letto – affermano le organizzazioni sindacali –. Un fenomeno che oltre a sollevare le giuste e sacrosante rimostranze dei pazienti e dei rispettivi familiari, espone gli operatori dei vari livelli a tutta una serie di pericoli facilmente intuibili, tant'è che anche il personale medico e alcuni primari sarebbero sul piede di guerra». Cgil, Cisl, Uil e Fials denunciano che «ultimamente, in sostituzione delle barelle, l'azienda, o chi per lei, ha rispolverato letti obsoleti, privi di ogni caratteristica sulla sicurezza, le cui dimensioni impediscono l'ingresso nelle stanze di degenza». Come è noto, ormai da tempo i pazienti per ottenere un ricovero sono costretti ad attese che si protraggono per ore, a cominciare dal pronto soccorso, e una volta arrivati a destinazione, ecco che viene attivato l'“appoggio” in una unità operativa diversa «creando ulteriori disagi e caos, in primo luogo ai pazienti che si ritrovano trovandosi accanto ad altre persone con patologie differenti significa esposto così entrambi a rischi di tipo infettivo». «Per non parlare poi della sensazione di “solitudine” che l'appoggio genera in quanto il personale medico è fisicamente assente, non per sua volontà ma perché occupato nella propria unità operativa; e quello infermieristico invece si trova costretto ad un aumento esponenziale dei carichi di lavoro a cui si aggiungono tutta una serie di criticità legate alla gestione del paziente». Situazione fotocopia all'Ospedale civile di Alghero, dove le testimonianze, dove ci sono ugualmente problemi legati all'accoglienza, degenza e trasferimento dei malati per la carenza di infermieri e Oss e l'assenza di una squadra volante di ausiliari per il supporto e il trasporto». Perciò i sindacati ritengono incomprensibile l'indisponibilità finora dimostrata dal commissario Sussarellu a un incontro: «Le carenze presenti se non governate diventeranno esplosive».

SASSARI Centro trasfusionale flop: aperto e già chiuso
Locali inadatti: i prelievi di sangue per le donazioni di

midollo osseo riprendono oggi nella sede Avis

La riapertura del centro trasfusionale di Sassari per prelievi per le tipizzazioni non ha avuto un grande successo. Infatti l'esperienza, così come si è aperta, si è chiusa in un batter d'occhio. Già oggi i potenziali donatori di midollo osseo dovranno presentarsi a San Camillo, nella sede dell'Avis provinciale, e la settimana successiva nei locali dell'Avis comunale. Insomma, quello del centro trasfusionale di Sassari per ora si è rivelato un flop, se non un bluff. L'Asl, a dirla tutta, non sembra crederci e investirci tanto sulle donazioni di midollo osseo, almeno a Sassari. Infatti la millantata riapertura del centro trasfusionale si è limitata alla messa in campo di risorse molto esigue: una semplice stanzetta. Il personale infatti proviene dal centro trasfusionale di Ozieri, e si è dovuto portare dietro anche i presidi medici. E pare proprio che il primario del trasfusionale di Ozieri non fosse per nulla entusiasta della logistica, dei locali del tutto inadatti e della disorganizzazione complessiva. Così la parentesi del trasfusionale per ora è aperta e chiusa, in attesa che l'Asl proponga soluzioni più dignitose. Ancora una volta, quindi, a dare supporto per i prelievi saranno l'Avis e l'Admo di Sassari. Oggi a San Camillo, l'equipe di Ozieri eseguirà i prelievi da 50 donatori iscritti negli elenchi dell'Admo. E domenica mattina, il giorno di Pasqua, l'Associazione Donatori Midollo Osseo continuerà il suo lavoro a Ossi dove il nonno Bruno, ha organizzato un gruppo di più di cento persone disponibili a sottoporri al prelievo di sangue per la tipizzazioni e iscriversi al registro nazionale dei donatori di midollo osseo. In ballo c'è anche la vita del bimbo Andrea di Orotelli, ricoverato a Roma perché affetto da leucemia. Purtroppo l'elenco dei donatori, dopo circa 600 prelievi, si sta esaurendo. Chi volesse contribuire a salvare una vita, può contattare Nicolò Spano dell'Admo al 338 8695295.

REGIONE/SANITA' Medici di base, dal 15 aprile ricette on line Il ritiro dei farmaci con la presentazione della tessera sanitaria. La Regione risparmierà un milione

Dal 15 aprile finirà nel cestino la gloriosa ricetta rosa del medico di famiglia. Sarà sostituita da quella web inviata in diretta, basterà un click, dal computer dello studio medico alla rete delle 600 farmacie sarde. Poi in ognuna di queste potrà essere acquistato il medicinale prescritto dopo aver presentato la tessera sanitaria. La trasformazione avverrà a tappe, dovrà concludersi entro la fine dell'anno, quando dal 2016 la stessa via telematica seguiranno anche le altre prestazioni sanitarie, ad esempio le visite specialistiche. All'inizio per evitare contraccolpi sugli assistiti, soprattutto quelli anziani, al posto della ricetta cartacea il medico consegnerà un promemoria da consegnare in farmacia. La transizione dovrà durere comunque pochi mesi visto che la filiera delle medicine è ha buon punto. Tutte le farmacie sono in rete da tempo e anche quasi l'80 per cento dei medici di base dialoga da mesi con la rete telematica supersicura (è a prova di attacco informatico) del sistema regionale sanitario. Quale sarà il primo effetto della ricetta on line? Un milione di risparmio. È questo il prezzo pagato ogni anno dalla Regione alla Zecca di Stato per stampare 25

milioni di ricette cartacee, il fabbisogno medio della Sardegna. «Cominceremo a tagliare i costi della sanità – ha detto l'assessore alla Sanità Luigi Arru – ma il vero obiettivo è di rendere la vita più facile ai cittadini, ai medici e ai farmacisti». Le simulazioni hanno confermato che non ci saranno buchi o sorprese nella rete. «Tutte le informazioni – hanno spiegato gli esperti – passeranno per via telematica ed entro la fine del prossimo anno rimarrà solo il 10 per cento di ricette vecchio modello». Il prossimo passo sarà la cartella medica telematica intestata a ciascun sardo: «Il progetto è ben avviato e la sperimentazione va avanti con successo», ha detto l'assessore alla Sanità.

L'UNIONE SARDA

REGIONE **Arrivano le ricette elettroniche** **Rivoluzione nella sanità, si parte il 15 aprile**

Scatta la rivoluzione nella sanità sarda, dal 15 aprile addio alle vecchie ricette rosa per lasciar posto a quelle “virtuali”, cosiddette dematerializzate. Il sistema consentirà ai cittadini di andare in una delle 660 farmacie dell'isola e ritirare i farmaci presentando semplicemente la tessera sanitaria, il farmacista potrà visualizzare la ricetta elettronica sul sistema in Rete ed erogare il farmaco prescritto. La rivoluzione scatterà il 15 aprile con una decina di medici per poi allargarsi pian piano al resto dei professionisti (in tutto tra 1660 medici di famiglia e pediatri), la delibera è stata approvata ieri dalla Giunta regionale. L'operazione consentirà di risparmiare un milione di euro, il costo della stampa delle vecchie ricette, considerando che ogni anno in Sardegna vengono emesse 25 milioni di ricette, di cui 4 milioni per prescrizioni di visite specialistiche. Per la prima fase si partirà solo con le prescrizioni dei farmaci, ma in un secondo momento il sistema sarà attivo anche per le prescrizioni delle visite specialistiche e analisi di laboratorio. La prima fase, di transizione, prevede anche la possibilità per il medico di stampare in un normale foglio di carta un promemoria che contiene le specifiche della ricetta. L'assessore Arru ha anche presentato una delibera che riguarda il fondo per la non autosufficienza. La Giunta estenderà i beneficiari delle risorse ad altre 130 persone che si aggiungeranno ai 171 già destinatari del programma “Ritornare a casa”. Per queste 300 persone l'assessorato ha stanziato 4,607 milioni.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Se la sanità dà i numeri. Ma quanti sono, sul serio, i risparmi possibili?

Un po' per gioco, un po' per provare a capirci qualcosa abbiamo cercato di ricostruire un'ideale mappa dei risparmi ‘possibili’ per la sanità secondo lo stillicidio di stime “lanciate” negli ultimi due anni da istituti di ricerca, addetti ai lavori e dallo stesso Governo. Tra costi standard, e-health, corruzione e farmaci si parla di decine di miliardi di euro. Ma sarà vero?

Risparmio. Sarà che deriva dal germanico “sparanjan” ma in questi anni di crisi è

diventato uno dei termini ‘mantra’. Assistiamo ad un bombardamento costante di numeri, ma pure di leggi, che prospettano per ogni settore della nostra economia un recupero di risorse attraverso tutta una serie di miglioramenti, ottimizzazioni, appropriatezze, riorganizzazioni, razionalizzazioni, solo per citare le parole più abusate.

Ovviamente anche in sanità non c’è convegno che si rispetti in cui non fa capolino il termine risparmio, anche perché, è giusto ammetterlo, la parola ‘affascina’ in primis i media, sempre famelici di numeri. Così, un po’ per gioco, un po’ per provare a capirci qualcosa abbiamo cercato di ricostruire un’ideale mappa dei risparmi ‘possibili’ per la sanità raccogliendo i principali possibili risparmi annunciati negli ultimi due anni.

“Il Patto per la salute porterà 10 mld di risparmi in tre anni” affermava il Ministro **Beatrice Lorenzin** a marzo dell’anno scorso indicando possibili ricavi di 3-4 mld dall’applicazione dei costi standard e di circa 7 mld dalla sanità elettronica. Cifre che poi non sono state inserite nero su bianco nel Patto per la Salute sottoscritto a luglio 2014, anche se il documento indica che delle azioni in tal senso devono essere perseguite. Bene, 10 mld, poco meno del 10% del Fondo sanitario, già sono una bella cifra, ma si può fare di più.

“La medicina difensiva ci costa 10 mld l’anno”. Parole sempre del Ministro della Salute che solo, pochi giorni fa riportava le stime ricavate da alcuni studi sull’iperprescrizione di visite, esami, farmaci e terapie causati dalla paura dei medici di ricevere denunce. Ma se questo non è sufficiente, c’è pure il tema della corruzione in sanità stimata in 6 miliardi di euro. Una stima fatta da alcuni istituti di ricerca e rilanciata recentemente sempre dal Ministro Lorenzin in una trasmissione in tv la scorsa settimana.

Ma allargando lo spettro d’osservazione il risparmio non è solo una doverosa preoccupazione istituzionale. Sulla sanità elettronica, per esempio, uno studio del Politecnico di Milano parla di 14 mld di risparmio. E poi c’è il capitolo dell’aderenza terapeutica che secondo numeri di **Federanziani, Aifa, Fimmg e Federfarma**, se rispettata, ci potrebbe far risparmiare fino a 19 mld di euro. E poi c’è pure il tema delle gare d’appalto su cui la **Consip** prevede risparmi per 3 miliardi.

Insomma, se sommassimo tutte queste cifre si arriva a possibili risparmi per decine di miliardi di euro, altro che taglio di 2,5mld del Fondo sanitario.

Sia chiaro, molti di questi paventati risparmi si sovrappongono e fare una somma di tutti questi annunci non avrebbe senso e infatti non ci azzardiamo a proporvela.

Anche se alla fine, in questa pioggia di numeri, ci si chiede: ma tutti questi ‘risparmi’ sono reali? E soprattutto, verranno mai effettivamente misurati?

Luciano Fassari

Bevere (Agenas): “La sanità ha perso la capacità di

ascoltare”

Sempre più persone guariscono, ma descrivono l'esperienza ospedaliera come deludente dal punto di vista dei contatti umani e sempre più persone sono insoddisfatte per il rapporto con gli operatori. Ciò determinando un incremento dei conflitti, di reclami, anche in sede giudiziaria. Ecco cosa possiamo e dobbiamo fare per cambiare

La Pubblica Amministrazione è uno dei luoghi in cui le persone vivono le dimensioni di specializzazione, di standardizzazione, di formalizzazione, nell'ambito di un tessuto organizzativo dove l'identità e l'integrità dei singoli costituisce la cultura di quel contesto organizzativo e lo rappresenta nei confronti dei cittadini che ad esso si rivolgono per chiedere ed ottenere un servizio.

Anche il comparto della sanità pubblica vive le sue dimensioni, certamente differenti più che in altri settori della P.A., attesa la specifica missione che ad ognuno di essi viene assegnata.

Il contesto ministeriale o di AGENAS è profondamente differente da quello di una organizzazione ospedaliera e quest'ultimo è differente se si tratta di un policlinico universitario, un'azienda ospedaliera di alta specializzazione o un IRCCS.

Mi è stato chiesto di proporre la peculiarità del Servizio Sanitario Nazionale pubblico, con le sue esigenze e le sue debolezze in tema di comunicazione e di comportamenti.

Nel corso degli ultimi trent'anni il SSN ha sviluppato enormemente le sue capacità di cura e di ricerca; ha trasformato la sua organizzazione e la cultura del tessuto organizzativo attivando continuamente gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali. Sono cresciuti i livelli di complessità tecnologica, diagnostica e terapeutica e, di conseguenza, è cresciuta l'esigenza da parte del personale sanitario, ai vari livelli, di approfondire ed adeguare le proprie conoscenze. Grazie a queste competenze siamo riusciti a rendere il nostro sistema tra i primi al mondo ed in Europa dal punto di vista della qualità e dei risultati in termini tecnico-specialistici, ma più vulnerabile dal punto di vista della sua capacità di comunicare e di interagire con i cittadini, con gli ammalati e con i loro familiari. Insomma abbiamo trascurato molto l'utilizzo di buona parte delle discipline che afferiscono alle "scienze comportamentali", proprio quelle che contribuiscono a conoscere i meccanismi che attivano ed influenzano i comportamenti dei diversi gruppi sociali. Tra queste discipline, la comunicazione continua a rappresentare uno strumento fondamentale di interazione tra le persone, per finalità cognitive e, soprattutto, affettive.

Ma torniamo alle nostre realtà organizzative complesse e differenziate: gli ospedali, i luoghi di cura in genere, dove le persone si rivolgono per un bisogno di salute e si affidano ad un sistema molto variegato ed articolato. In buona parte di queste realtà, la comunicazione tra gli operatori e tra questi e gli assistiti, si è ridotta sostanzialmente ad un "flusso unidirezionale" da parte di chi ha come principale interesse quello di trasferire informazioni tecniche, specialistiche verso altre persone che, stante la natura del loro bisogno, sono tenute a recepire tali informazioni, di sovente senza una possibilità di replica, e sono chiamate ad esprimere il proprio

consenso, spesso poco informato, su materie che vengono proposte con un linguaggio altamente professionale, di difficile comprensione per i non addetti ai lavori, il più delle volte utilizzando anche termini in lingua inglese.

Questo è uno dei punti deboli del nostro sistema sanitario. Siamo lontani dalle esigenze vere e dalle sensibilità delle persone. Manca la capacità di comprendere la realtà emotiva dell'altro, quel modo di portare una parte di noi stessi all'altro. Abbiamo creduto troppo alle sole capacità di curare il sintomo e la malattia, riducendo il corpo ed il volto dell'ammalato a divenire un luogo fisico, svuotato della sua storia di persona, con i suoi sentimenti, le sue emozioni, i suoi misteri, la sua intimità più profonda.

Ebbene, quanto incide questa dicotomia sul buon esito di un percorso di cura?

Purtroppo un sistema ad elevata complessità come quello che garantisce la sanità pubblica, se non riesce a riconoscere quale interlocutore privilegiato la persona nella sua interezza, ma piuttosto si concentra essenzialmente sulla cura della malattia, finisce per alterare anche il rapporto fiduciario tra i diversi attori del sistema. Sempre più persone guariscono, ma descrivono l'esperienza ospedaliera come deludente dal punto di vista dei contatti umani. E questo non lo definirei un successo dell'organizzazione, se non di uno dei profili dell'organizzazione ospedaliera. Sempre più persone guariscono, ma sempre più persone sono insoddisfatte per il rapporto con gli operatori, ciò determinando un incremento dei conflitti, di reclami, anche in sede giudiziaria.

Il sistema sanitario ha perso la capacità di "ascoltare", essenziale per rendere continuamente migliorabile una realtà organizzativa così articolata, personalizzata e complessa come quella della sanità. Perché è accaduto? Perché per ascoltare davvero le esigenze di una persona, sia essa un collega o un assistito, è necessario uno sforzo vero, anche in termini di tempo: è necessario attivare contemporaneamente diverse attività e rendere disponibili all'altro le proprie sensibilità.

Il nostro comportamento deve essere riorientato a garantire la persona nella sua integrità umana e professionale. Questa è la realtà di riferimento con la quale confrontarci per i prossimi anni. Dobbiamo lasciarci stupire e meravigliare non soltanto dal successo del progresso scientifico, tecnologico e dei nuovi farmaci, ma dalla ricchezza interiore delle persone che partecipano o subiscono tutto questo. Quando una persona deve affrontare una malattia grave, la mente e le parole, anche quelle dei medici, da sole, non aiutano. In questi casi è proprio il comportamento delle persone che ti accolgono in un momento difficile della tua vita, a consentire quell'abbraccio virtuale in grado di recuperare i conflitti interiori e di aprire una fase consolatoria e rassicurante.

Ecco perché quando si parla di sanità, di Servizio Sanitario Nazionale, è assolutamente necessario pensare non ad un luogo burocratico, ma ad una realtà che deve essere in grado di garantire sicurezza e specialità delle cure, ma anche conforto, accoglienza umana, comprensione e sostegno. Soltanto una organizzazione

con queste caratteristiche sarà in grado di contenere, di gestire esperienze così difficili per chi ci lavora e così dolorose per chi le vive a causa di una malattia o della perdita di una persona cara.

Dobbiamo recuperare il tempo perduto e colmare questo vuoto.

L'AGENAS, ha da poco firmato [un protocollo d'intesa con la SNA](#), per sviluppare un progetto formativo per operatori della sanità impegnati in ambienti di elevata complessità. In questo percorso formativo, ho proposto proprio moduli specifici, per l'approfondimento dei temi dell'umanizzazione delle cure, della comunicazione e dei comportamenti nei luoghi di cura.

Tutto questo nel convincimento che, come affermato da Carl Jung, *“L'incontro di due personalità è come il contatto tra due sostanze chimiche: se c'è una reazione, entrambe ne vengono trasformate”* e noi, in sanità abbiamo bisogno di tante reazioni ed altrettante trasformazioni.

Francesco Bevere

Direttore generale Agenas

Intervento alla Giornata di studio su “Scienze comportamentali per un nuovo modello di amministrazione: sfide e obiettivi, promossa dalla Scuola nazionale dell'Amministrazione (SNA) e dalla Luiss, Roma 27 marzo 2015.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Responsabilità professionale: le novità allo studio del comitato ristretto alla Camera

Per la legge sulla responsabilità professionale potrebbe essere la volta buona. Gli ottimisti dicono che a fine aprile approderà in Aula, i realisti puntano su giugno. Quel che conta è che la Commissione Affari Sociali ha impresso un'accelerata all'iter legislativo: dopo 28 sedute, e a distanza di un anno dalla costituzione del comitato ristretto, ha finalmente preso forma un articolato contenente i punti essenziali della futura legge sul rischio clinico.

Undici articoli in tutto sui quali c'è l'accordo di massima di tutti i gruppi, pur con le dovute limature necessarie, a partire dall'art.1 dedicato alla definizione di atto medico. C'è chi vorrebbe una versione più radicale che espliciti in modo chiaro che un atto medico, che, va da sé deve essere eseguito nella massima sicurezza, può comportare, in presenza di particolari complessità, un rischio intrinseco per il paziente. C'è chi, invece, ritiene politicamente più opportuna una versione soft.

La gestione del rischio clinico Ampio spazio, agli art. 2 e 3 è riservato alla gestione del rischio clinico con l'istituzione di vari organismi, a vari livelli, aziendale, regionale e nazionale, ipotizzando anche l'utilità di segnalazione del "quasi errore", che - sia ben inteso - è diretto alla prevenzione dei rischi e della sicurezza del paziente, ferma restando l'inutilizzabilità ai fini processuali, di qualsiasi attività di audit.

Sulla scia di quanto accade in altri Paesi Europei, il Comitato ristretto pensa all'introduzione del sistema " no blame, no fault" , al fine di velocizzare gli indennizzi e deflazionare il contenzioso, prevedendo, tramite regolamento successivo, le fattispecie per le quali scatterebbe in automatico (art.8) .

La depenalizzazione Non poteva mancare e non manca, infatti, la depenalizzazione della colpa professionale, e, come già anticipato dalla recente giurisprudenza, l'attribuzione della responsabilità contrattuale alla struttura sanitaria e di quella extracontrattuale per il singolo professionista (art. 5 e 6). Perno della legge che verrà è, infatti, un maggiore coinvolgimento della struttura sanitaria, rimasta un po' ai margini del regime della responsabilità medica, per la quale scatta l'obbligatorietà dell'assicurazione. Resta la possibilità per le strutture di rivalersi nei confronti dei propri prestatori d'opera qualora il fatto sia stato ommesso con dolo, (art.9) a tale scopo si ragiona sulla possibilità per il professionista, che lavora nel pubblico, di stipulare una polizza assicurativa. Inevitabile poi, l'obbligatorietà dell'assicurazione per il libero professionista.

La negligenza accertata Lotta anche al professionista che si "macchia" di negligenza accertata, per il quale scatterebbero meccanismi sanzionatori.

Eretta l'impalcatura della legge, non resta che sperare che non finisca come nella scorsa legislatura, che vide la XII Commissione del Senato adottare un testo unico e poi arenarsi per manifesta mancanza di volontà del Governo, poco attento a tematiche sanitarie.

I componenti della XII Commissione vanno ripetendo che per la legge sulla responsabilità professionale sanitaria potrebbe essere la volta buona ed attendono un'apertura dal Governo che potrebbe arrivare a fine aprile. O più realisticamente prima della pausa estiva.

Cassazione. Quando la guardia medica non va dal malato

È sanzionabile il comportamento del sanitario in servizio di guardia medica che non aderisca, in maniera pretestuosa o aprioristica, a una richiesta di intervento domiciliare urgente, quando la situazione prospettata sia connotata da risvolti di inequivoca gravità, come tale integrante la necessità della relativa esecuzione quale atto indifferibile. Si ricorda che l'articolo 13 del Dpr 41/1991, dispone che durante il turno di guardia il medico è tenuto a effettuare al più presto tutti gli interventi che gli siano richiesti direttamente dall'utente, oppure - ove esista - dalla centrale operativa, entro la fine del turno cui è preposto.

Orbene, è vero che, in linea di principio, non può negarsi al sanitario il compito di valutare, sulla base della sintomatologia riferitagli, la necessità o meno di visitare il paziente. È anche vero, tuttavia, che tale discrezionalità può essere sindacata dal giudice, alla luce degli elementi acquisiti agli atti e sottoposti al suo esame, onde accertare se la valutazione del sanitario sia stata correttamente effettuata, oppure se la stessa costituisca un mero pretesto per giustificare l'inadempimento dei propri doveri.

La cassazione penale con due sentenze (sezione VI n. 10130/2015 del 10 marzo

scorso e sezione III n. 9809/2015 del 6 marzo) ha mandato assolti due sanitari che avevano, per ragioni diverse, omesso e/o ritardato la visita a domicilio. L'occasione ha permesso di delineare il quadro degli obblighi giuridici in capo alla guardia medica. Nella prima fattispecie, al medico venne contestato di essersi rifiutato di effettuare una visita domiciliare in favore di un anziano paziente, nonostante i sintomi riferiti deponessero per la manifestazione di una polmonite lombare media al polmone destro e di essersi invece limitato a prescrivere, per telefono, le normali terapie farmacologiche di contenimento della patologia segnalata. Secondo il medico ricorrente, il rifiuto della visita era giustificato dal fatto che la stessa, in base all'anamnesi riferita, non era indifferibile e la sua mancata effettuazione non aveva comportato alcun pregiudizio per il paziente. Nel secondo caso il medico prima rifiutò ma poi, seppure con ritardo, effettuò la visita a una malata terminale dopo insistenza della famiglia preoccupata dell'aggravarsi della sintomatologia tale da configurare una situazione di allarme che, in effetti, portò poco dopo al decesso della paziente comunque ritenuto dai periti inevitabile. Non esiste, secondo la Cassazione, un modo univoco di giudicare il medico, ma i fatti devono essere oggetto di attenta istruttoria al fine della valutazione della rilevanza penale dell'intervento operato dal sanitario. Valutazione che richiede un'analisi medico legale della decisione clinica effettuata attraverso un professionista adatto alla valutazione clinica del caso.

DOCTOR 33. IT

Parte fattura elettronica, ma sull'obbligo per gli Ordini dei medici è bagarre

Da ieri è in vigore la fatturazione elettronica. Oltre 2 milioni di fornitori degli ordini dei medici e della pubblica amministrazione devono utilizzare un programma ad hoc e inviare on line le fatture per essere pagati: in un anno gli enti Pa dovrebbero onorare 50 milioni di file contro i 3 milioni attuali. La richiesta degli ordini professionali di chiarire se erano esclusi dall'obbligo (fatta dalla Fnomceo) s'è schiantata contro il parere del 29 gennaio della Presidenza del Consiglio: anche se retti dalle quote dei propri iscritti e non dai cittadini, gli Ordini devono adeguarsi in quanto ricompresi tra gli enti del conto economico Istat annuale. Qualcuno non è d'accordo. Gli ordini dei medici di Piacenza e Bologna ad esempio non partiranno oggi: il presidente di Bologna **Giancarlo Pizza**, convinto che "se è esclusa la necessità di un adempimento esso è inutile", ha chiesto un parere pro veritate all'avvocato **Alberto Santoli**, il quale l'ha fornito pure agli Omceo Piacenza e Macerata.

Santoli si chiede: perché le leggi sulla Pa consentono agli ordini di assumere per ruoli contabili dei pensionati ma non permettono loro di sfuggire all'obbligo di fattura elettronica? Perché si considerano gli Omceo enti pubblici uguali agli altri per le fatture elettroniche e invece gli si consente di nominare dei pensionati ai vertici? A salvarli è proprio la legge con disposizioni esplicite, che però a leggerle bene evitano anche l'obbligo della fattura elettronica. **Augusto Pagani** presidente Omceo Piacenza conferma la posizione di

Pizza: «Non siamo tenuti alla fatturazione elettronica in forza di una disposizione contenuta nella conversione del decreto legge 101/2013 (razionalizzazione della Pa). Un emendamento a firma Renata Polverini all'articolo 2 comma 2 bis spiega che gli Ordini non devono sottostare ai principi di razionalizzazione e contenimento della spesa. Sottinteso, perché non gravano sulla finanza pubblica». Lo stesso dl 101 consente agli Ordini professionali di non abbattere del 10% la spesa di gestione se sono in pareggio, di evitare la distinzione tra organi d'indirizzo e di controllo, di non istituire organismi di valutazione delle performance. Ma l'esenzione chiave riguarda la finanza pubblica: infatti nell'introdurre l'elettrofattura (dl 66/2014) il governo Renzi pone l'articolo 25 sotto il titolo II "Risparmi ed efficienza della spesa pubblica", materia "off limits".

Il governo qui non cita l'esenzione. Invece la esplicita nel decreto legge 90/2014 di riforma della Pa. Qui è proprio scritto il divieto di avvalersi di pensionati come consulenti per tutti gli enti pubblici "inseriti nell'elenco Istat". Se applicassimo la lettera della presidenza del Consiglio ci sarebbe una "strage" di consulenti, ma il dl 90 fa esplicito riferimento al dl 101/13 dell'anno prima e "salva" gli ordini. Non analogie, ma norme precise - afferma Santoli - consentono di estendere il ragionamento alla fattura elettronica.

Medicina difensiva. Ricciardi: modificare il Codice penale

Un tema, quello della medicina difensiva, che negli ultimi tempi fa molto discutere in campo medico. Da poco il ministro Lorenzin ha presentato una commissione di medici e giuristi che si occuperà proprio della questione ma, Anaaol solleva qualche critica. «Perché non si faccia medicina difensiva in Italia, bisogna modificare il Codice penale. Siamo l'unico Paese al mondo infatti, insieme al Messico, che attribuisce all'errore medico rilevanza penale», precisa a DoctorNews33 Walter Ricciardi, commissario straordinario dell'Iss.

Professor Ricciardi, è stata istituita dal ministero della Sanità una commissione ad hoc per la medicina difensiva. L'Anaaol la giudica l'ennesima inutile commissione. Lei cosa ne pensa?

Sicuramente serve ad affrontare e a studiare il fenomeno, la multidisciplinarietà che la caratterizza è inoltre una garanzia. Medici e giuristi insieme per dare informazioni importanti sulla maggior parte degli sprechi che potrebbero essere evitati se i professionisti venissero coinvolti. Credo che il giudizio dell'Anaaol sia negativo e distruttivo, mi sorprende e sinceramente non lo condivido. Credo invece che bisogna dare atto che chi ha istituito questa commissione lo ha fatto per affrontare il problema una volta per tutte.

Come si può parlare di eccesso di prestazioni, ad esempio esami diagnostici, se poi non si riescono nemmeno ad eseguire per via delle liste di attesa lunghissime?

In realtà i fenomeni sono correlati perché molti test, ad esempio di diagnostica per immagini, vengono prescritti in maniera inappropriata e vanno quindi ad affollare i

reparti e le radiologie. Se noi prescrivessimo in maniera appropriata, queste lunghe liste d'attesa non ci sarebbero. Ma perché però non si faccia medicina difensiva in Italia, bisogna che si modifichi il Codice penale perché siamo l'unico Paese, insieme al Messico, che ha ancora l'errore medico inquadrato proprio nel Codice penale. Tutto questo spaventa i medici che si comportano in maniera iper cautelativa. Quando invece, come la Francia, cambieremo la legge avremo dei risparmi di 10-12 miliardi di euro l'anno.

Come si sono regolati in Francia?

I francesi hanno detto: l'errore medico può succedere, ma se fatto senza dolo allora va rimborsato. Lo hanno tolto dalle competenze del Codice penale che è la cosa che fa più paura, perché un medico denunciato entra nel vortice della giustizia italiana da cui uscirà dopo tanti anni. Quando spiegheremo ai pazienti che questa modifica sarebbe fatta nel loro interesse e non nell'interesse corporativo e protettivo dei medici, libereremo allora veramente le risorse e le liste di attesa ci saranno sempre ma in maniera molto ridotta.

Quanto secondo lei i governi hanno lasciato indietro la sanità per cose più demagogiche che avessero un tornaconto elettorale maggiore?

Molto spesso i politici eletti hanno mandati brevi, circa cinque anni o meno, e quindi dal loro punto di vista è più funzionale occuparsi di ciò che può dargli più visibilità e un riscontro a breve termine. Sulla salute e la sanità invece bisognerebbe proprio fare un'eccezione, anche perché alcuni provvedimenti hanno riscontri a breve termine. Per fortuna, ultimamente, alcuni politici sembrano si siano resi conto di questa cosa. E' un problema di qualità e di leadership della nostra classe politica ma, sono ottimista perché oggi vedo molti ministri giovani e motivati che hanno probabilmente una prospettiva di vita più lunga di quella dei predecessori che gli dà una sensibilità maggiore verso la buona salute collettiva.

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584