

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

LUNEDI' 2 FEBBRAIO 2015

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI-PLOAGHE Un mese di tempo per trasformare l'Sgb in "Azienda" La Regione ha dato mandato al commissario Foddai Risanamento possibile solo se sarà un'Asp autonoma

Un mese per trasformare l'Ipab "Fondazione San Giovanni Battista" di Ploaghe in Asp, Azienda per i servizi alla persona. È il mandato che il presidente della Regione Francesco Pigliaru ha affidato al commissario straordinario dell'Sgb, Costantino Foddai, al quale è stato prorogato l'incarico di 30 giorni, proprio per la necessità di definire un percorso virtuoso che possa concretamente dare avvio al piano di risanamento dell'istituzione pubblica di assistenza e beneficenza. È quanto si legge nella delibera regionale del 27 gennaio scorso dopo l'ennesimo allarme, lanciato anche da queste colonne dai sindacati di categoria, preoccupati della nuova situazione di crisi che rischia di far precipitare la struttura socio sanitaria in un nuovo vortice di debiti. Ritardi nel pagamento degli stipendi e nuovo accumulo di perdite al ritmo di 80-100mila euro al mese. L'assessorato regionale alla Sanità intende, evidentemente, recuperare i tempi, evitare il tracollo (nel 2012 la Regione salvò l'Sgb con 25 milioni di euro) e rendere produttiva un'azienda di eccellenza con un'attività di gestione improntata su criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Costantino Foddai un piano industriale l'aveva presentato già alcuni anni fa, nella sua prima volta in veste di commissario della Fondazione, ma il suo programma, allora, non trovò accoglienza. Ci hanno provato poi altri commissari, ma anche loro con un nulla di fatto. Nel 2012 il commissario-sindaco di Ploaghe, Francesco Baule, ottenne il salvataggio economico della struttura, con un ingente somma di 25 milioni versata dalla Regione. Ma la partita restò aperta sul piano gestionale, perchè non fu possibile la trasformazione da Ipab in Asp, come previsto dall'articolo 44 della legge regionale n. 23/2005 e il relativo regolamento di attuazione del 22 luglio 2008, n. 3. Norme che prevedono la trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza in aziende pubbliche di servizi alla persona, o in associazioni o fondazioni di diritto privato, nonché l'estinzione di quelle che non possano trasformarsi in una delle forme

giuridiche individuate dal legislatore. È lo stesso assessore alla Sanità Luigi Arru a ricordare che la Fondazione Sgb ha già avviato, dal 2008, l'iter di trasformazione in Asp, ma che tale trasformazione non si è mai resa possibile, poiché i diversi piani di risanamento presentati dai commissari straordinari chiamati a ridurre l'indebitamento, non hanno mai soddisfatto il pre-requisito di autonomia richiesto dalla norma. Nel frattempo, Costantino Foddai ha trasmesso alla Direzione generale della Sanità e alla Direzione generale delle Politiche sociali una relazione sull'attività svolta e un ipotetico piano di risanamento. Pertanto, «anche al fine di evitare che le ingenti risorse pubbliche già destinate all'Ipab nel 2012 siano rese vane», si legge nella delibera della giunta regionale, l'assessore «ritiene ormai indefettibile e urgente» dar corso alla individuazione di un percorso virtuoso che possa in tempi brevi definire compiutamente il piano di risanamento e concretizzare la trasformazione dell'Ipab in Azienda pubblica di servizi alla persona. E vista la necessità di garantire l'operatività della struttura, l'assessore ha ritenuto necessario prorogare per non più di trenta giorni l'incarico al commissario Costantino Foddai; un mese di tempo ritenuto «strettamente necessario alla definizione del percorso che consenta la trasformazione della Fondazione». Intanto, i sindacati Cgil, Cisl e Uil avevano chiesto un incontro ai vertici regionali della sanità, proprio per conoscere il progetto di riqualificazione e rilancio della struttura di Ploaghe, ma è probabile che l'assessore voglia conoscere prima nei dettagli il piano del commissario. La Fondazione San Giovanni Battista, nata a Ploaghe oltre vent'anni fa, è un'istituzione convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale, che offre sia al paese che ai centri urbani limitrofi, un'ampia gamma di servizi in differenti aree di intervento: riabilitazione, residenza sanitaria assistenziale, comunità terapeutica psichiatrica e casa protetta. La trasformazione in Asp è necessaria, quindi, al fine di garantire l'obiettivo di una efficace ed efficiente gestione, assicurando autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, compatibile con il mantenimento dei vincoli posti dalle tavole di fondazione e dagli statuti.

Unali: «Occorre intervenire per la struttura di Ploaghe»

Il consigliere regionale Alessandro Unali ha presentato una interrogazione sul risanamento dei debiti della Fondazione San Giovanni Battista. Il rappresentante di Sinistra Sarda ricorda che l'Sgb è un'importante Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza, convenzionata con l'Asl, che accoglie circa quattrocento utenti, affetti da gravi patologie neurologiche, che vengono assistiti quotidianamente da numerosi professionisti; e grazie alla professionalità dei lavoratori e al loro impegno, l'Ipab può vantare eccellenti prestazioni socio-sanitarie. Il consigliere Unali sottolinea che nella relazione stilata dall'attuale commissario straordinario, relativa alla situazione economico-finanziaria dell'Ente è stato evidenziato che le attività svolte consentono ricavi della produzione pari a 7.320.605 di euro mentre i costi della produzione ammontano a 9.011.226 di euro, con una differenza tra ricavi e costi di un milione e 690.621 e una perdita di bilancio riferita al 2013 di 2.686.970 di euro. Inoltre, si legge nell'interrogazione, «la situazione gestionale della Fondazione è ormai giunta

alla paralisi, che si riflette inevitabilmente sui dipendenti dell'ente, creditori verso questo di diverse mensilità. Anche le ditte esterne, come le cooperative, che lavorano per l'ente si sono viste negare il pagamento delle fatture». Nell'interrogazione, il consigliere Unali chiede un intervento della Regione per risanare la situazione debitoria della Fondazione permettendo ai lavoratori di ricevere le dovute retribuzioni e consentendo agli utenti di continuare ad usufruire dei servizi che l'ente ha sinora garantito.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Consiglio di Stato. Niente test di ammissione a medicina per chi è già iscritto in facoltà europee. Ma Atenei devono vigilare contro i “furbetti”

I giudici hanno dato ragione a due studenti già iscritti in Romania ai quali l'Università di Messina voleva precludere il trasferimento a meno di non effettuare il test per l'ammissione al primo anno. Tale limite va contro le normative europee sulla libertà di circolazione. Ma gli Atenei, per evitare abusi, dovranno comunque controllare il percorso formativo dello studente prima di ammetterlo. [LA SENTENZA.](#)

Vuoi evitare il test a medicina? Una via potrebbe esserci. E legale. Prima ti iscrivi a una facoltà europea dove magari l'accesso è "più facile" e poi al secondo anno chiedi il trasferimento in una facoltà italiana. Si può fare e niente test di ammissione. Secondo una recentissima sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria, infatti, se uno studente di medicina iscritto in un'università della UE decide di venire in Italia per proseguire gli studi non ha alcun obbligo di sottoporsi al test di ammissione previsto per iscriversi al primo anno.

Tale limite, infatti, contrasterebbe con la normativa europea sulla libertà di circolazione in quanto il test italiano è previsto per chi deve accedere al primo anno di studi e quindi senza alcuna precedente immatricolazione nella stessa disciplina e pertanto non può diventare un ostacolo alla scelta autonoma degli studenti di trasferirsi da una università all'altra. Anche se in stati diversi da quello dove si è fatta la prima iscrizione.

Ma attenzione a non entusiasinarsi troppo. Il test non è obbligatorio ma gli Atenei sono comunque tenuti a controllare il curriculum degli studi e il livello formativo dei "trasferendi" e in ogni caso resta il limite del numero chiuso e quindi dei posti limitati che fa dire ai giudici che un'ipotetica "migrazione di massa" di studenti, prima in uscita (verso l'estero) e poi in entrata (di ritorno in Italia), è da escludersi.

Ma andiamo con ordine. Il fatto riguarda in particolare due studenti italiani iscritti al primo anno dell'Università di medicina di Timisoara in Romania che si erano visti sbattere davanti l'obbligo del test di ammissione al primo anno nel momento in cui avevano deciso di proseguire gli studi in Italia presso l'Università di Messina chiedendo l'iscrizione al II anno. L'ateneo siciliano aveva infatti ritenuto le due domande di trasferimento non valutabili, con la motivazione che gli studenti,

“provenendo da Università straniere, non hanno superato in Italia l’esame di ammissione al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, requisito essenziale previsto dal Manifesto degli studi”.

I due hanno fatto ricorso al Tar che gli ha dato ragione. Sentenza contro la quale l’Università messinese ha ricorso in appello presso la Corte di giustizia amministrativa siciliana che a sua volta ha rimandato la questione al Consiglio di Stato.

E i giudici in Adunanza Plenaria alla fine hanno dato ragione ai due studenti. *“Ferma la non equipollenza delle competenze e degli standards formativi richiesti per l’accesso all’istruzione universitaria nazionale – si legge nella sentenza che chiude la vicenda -(sì che non sarebbe predicabile l’equivalenza del superamento della prova di ammissione ad un’università straniera con quella prevista dall’ordinamento nazionale), una limitazione, da parte degli Stati membri, all’accesso degli studenti provenienti da università straniere per gli anni di corso successivi al primo della Facoltà di medicina e chirurgia (qual è indubbiamente la necessità del superamento, ai fini dell’accesso stesso, di una prova selettiva nazionale predisposta, come s’è visto, ai soli fini della iscrizione al primo anno, in quanto volta ad accertare la “predisposizione” ad un corso di studi in realtà già in parte compiuto da chi intenda iscriversi ad uno degli anni successivi), si pone in contrasto con il predetto principio di libertà di circolazione”.*

Ma gli Atenei possono e devono vigilare contro tentativi di elusione. Tuttavia i giudici non nascondono che dietro questa libertà di circolazione si possa celare anche il tentativo di “eludere” lo scoglio del test di ammissione italiano. Ma per evitarlo non si possono creare “percorsi ad ostacoli” occorre invece, dicono i giudici, che siano gli Atenei stessi ad attuare “un rigido e serio controllo sul percorso formativo compiuto dallo studente che chiede il trasferimento”.

Scrivono infatti i giudici del Consiglio di Stato: *“Il problema “elusione”, e quello connesso “intransigenza/lassismo”, si risolvono invero non con la creazione di percorsi ad ostacoli volti ad inibire la regolare fruizione di diritti riconosciuti dall’ordinamento, ma predisponendo ed attuando un rigido e serio controllo, affidato alla preventiva regolamentazione degli Atenei, sul percorso formativo compiuto dallo studente che chieda il trasferimento provenendo da altro Ateneo; controllo che abbia riguardo, con specifico riferimento alle peculiarità del corso di laurea di cui di volta in volta si tratta, agli esami sostenuti, agli studi teorici compiuti, alle esperienze pratiche acquisite (ad es., per quanto riguarda il corso di laurea in medicina, attraverso attività cliniche), all’idoneità delle strutture e delle strumentazioni necessarie utilizzate dallo studente durante quel percorso, in confronto agli standards dell’università di nuova accoglienza”.*

E non basta. Deve esserci anche “posto”. *“Peraltro – scrivono infatti ancora i giudici nella loro sentenza - una generalizzata prassi migratoria (prima in uscita da parte degli studenti che non abbiano inteso sottoporsi o che non abbiano superato la prova nazionale di ammissione e poi in ingresso da parte degli stessi studenti che abbiano compiuto uno o più anni di studi all’estero) in qualche modo elusiva nel senso di cui sopra è da escludersi sulla base dell’indefettibile limite dei posti disponibili per il trasferimento, da stabilirsi in via preventiva per ogni accademico e*

per ciascun anno di corso dalle singole Università sulla base del dato concernente la concreta potenzialità formativa di ciascuna, alla stregua del numero di posti rimasti per ciascun anno di corso scoperti rispetto al numero massimo di studenti immatricolabili (non superiore alla offerta potenziale ch'esse possono sostenere) per ciascuno di quegli anni ad esse assegnato”.

Antimicrobici. Italia ne consuma il 43,9% in più per l'uomo e il 136,8% in più per gli animali rispetto a media Unione Europea

Publicato il primo rapporto commissionato dalla UE sull'uso di antimicrobici nell'ambito delle attività di sorveglianza all'antibiotico resistenza. L'Italia presenta consumi molto più elevati della media. Ma molti Paesi non hanno fornito tutti i dati. Sopra di noi per i consumi umani solo la Francia. Per gli animali solo Cipro. Per le cefalosporine ad uso umano siamo al primo posto in assoluto. [IL RAPPORTO](#).

Un popolo, umano e animale, di consumatori di antimicrobici. Questo risuliamo essere dai dati appena pubblicati del primo rapporto congiunto elaborato dall'*European Medicines Agency* (EMA), dall'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) e dall'*European Food Safety Authority* (EFSA).

Con 167,5 milligrammi per kilo di biomassa a fronte di una media UE di 116,4 siamo infatti al secondo posto in Europa (prima di noi solo la Francia con 175,8 mg/kg biomassa) per il consumo di antimicrobici sull'uomo e con 341 milligrammi per kilo di biomassa, a fronte di una media UE di 144, (prima di noi Cipro con 396,5 mg/kg biomassa) per quello sugli animali (i dati sono riferiti al 2012).

Da considerare, comunque che, per quanto riguarda l'uso di antimicrobici umani tra il 10%, espresso in DDD (*defined daily doses*) per 1.000 abitanti (o il 13-28%, espresso in tonnellate di sostanza attiva) avviene in ospedale e che Austria, Germania, Polonia, Regno Unito, Repubblica Ceca, Spagna e Ungheria non hanno fornito i consumi ospedalieri e quindi il dato potrebbe essere sottostimato.

Tra le varie sostanze le cefalosporine di 3^a e 4^a generazione sono quelle che usiamo più degli altri sull'uomo ponendoci in vetta ai consumi europei con 45,6 mg/kg di biomassa. Più basso invece il consumo di quelle di 1^a e 2^a generazione con 15,4 mg/kg di biomassa. Sopra di noi la Germania con il 39,3 e la Polonia con il 20,1 (da notare che questi due Paesi non hanno però fornito il dato ospedaliero e quindi il consumo potrebbe essere ancora più elevato) e la Francia con il 18,7.

Come è noto l'uso di alcuni agenti antimicrobici, sia nell'uomo che negli animali, si associa alla comparsa di una resistenza contro questi antibiotici da parte di batteri che possono dare infezioni sia nell'uomo, che negli animali. E come abbiamo visto esistono notevoli differenze nel consumo di antibiotici, a livello umano e veterinario, tra le diverse nazioni dell'Unione Europea.

Il rapporto congiunto riassume per la prima volta in un'analisi integrata con tutti i dati disponibili relativi a studi sull'uomo, sugli animali e sul cibo. E' questo il primo di una serie di rapporti che EMA, EFSA e ECDC hanno in programma di pubblicare, utilizzando i dati raccolti da diverse reti di monitoraggio.

Il rapporto descrive il consumo di antibiotici e la comparsa di antibiotico-resistenza nei batteri patogeni per l'uomo e per gli animali dai quali si producono alimenti.

Sono state inoltre individuate una serie di limitazioni da correggere, per consentire di trarre ulteriori analisi e conclusioni; è il caso ad esempio dei dati sul consumo di antibiotici per specie animale, dell'impiego di antibiotici negli ospedali (dove abbiamo visto mancano i dati di ben 7 paesi) e del monitoraggio dei batteri resistenti nella flora batterica normale delle persone sane e dei pazienti.

Quest'indagine è stata effettuata su esplicita richiesta della Commissione Europea e contiene dati relativi al periodo 2011-2012, provenienti da cinque reti di monitoraggio europee, che raccolgono informazioni dagli stati dell'Unione Europea, oltre che da Islanda, Norvegia, Croazia e Svizzera.

L'approccio 'olistico' utilizzato in questa indagine mira ad utilizzare in maniera più efficace i dati disponibili e a rafforzare i sistemi coordinati di sorveglianza sul consumo di antimicrobici e sulle antibiotico-resistenze in medicina umana e veterinaria, al fine di consentire ai decisori politici di adottare le migliori strategie per combattere l'antibiotico-resistenza nell'uomo e negli animali.

Nel 2012 in 26 nazioni dell'Unione Europea sono state vendute 3.400 tonnellate di principi attivi antimicrobici per uso umano e 7.982 tonnellate da impiegare negli allevamenti di bestiame.

In generale, il consumo dei fluorchinoloni e delle cefalosporine di 3° e 4° generazione è molto comune nell'uomo, mentre è da rilevare un importante impiego di alcuni antibiotici negli allevamenti animali; nell'uno, come nell'altro caso, sono emerse associazioni tra il consumo degli antimicrobici e la comparsa di antibiotico-resistenza in alcuni batteri patogeni per l'uomo (*Escherichia coli*). È stata inoltre riscontrata un'associazione positiva tra somministrazione di macrolidi ad animali fonte di cibo e la comparsa di resistenza a *Campylobacter* spp., in alcuni casi di infezione umana. Analogamente è stata riscontrata una correlazione tra consumo di tetracicline e comparsa di resistenza a *Salmonella* spp. and *Campylobacter* spp.

Sebbene questi dati possano sembrare allarmanti, gli autori invitano alla prudenza per gli attuali limiti inerenti alla raccolta dati e per la complessità del fenomeno dell'antibiotico-resistenza, influenzato da una serie di fattori oltre che dal consumo di antibiotici. Di certo e in ogni caso, è necessario promuovere un uso responsabile degli antibiotici nell'uomo e negli animali.

■ [Rapporto Ema/Efsa su uso antimicrobici su animali e uomo](#)

DOCTOR 33. IT

DIRITTO SANITARIO Dimissioni senza ricetta, medico ospedaliero perseguibile per legge e dall'Ordine

Un ospedale non può dimettere i pazienti senza ricetta costringendoli a recarsi dal medico di famiglia per la prescrizione. Il medico specialista inadempiente dà luogo ad un comportamento non corretto e per lui pericoloso, come spiega l'avvocato **Paola**

Ferrari, esperto di normativa sanitaria, in risposta a un quesito sul tema. «L'articolo 8 del decreto legge 347/2001 prevede che sia preciso obbligo del medico ospedaliero munire il paziente di ricetta almeno per il primo ciclo completo di cure. Al comma 1c) si dispone che " per garantire la continuità assistenziale, la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale"». Non aderire all'indicazione può rivestire profili di illegalità e deontologici, i primi possono rilevare in capo sia alla struttura sia al medico. «E' compito dell'Amministrazione ospedaliera e del direttore generale fornire indicazioni ai dipendenti in regola con la legge; è però il medico al quale spetta la prescrizione il responsabile della mancanza, anche in termini deontologici. Da una parte può essere denunciato per omissione di atti d'ufficio (ma è raro, spesso il paziente ha interesse a mantenere un rapporto di cura con l'ospedale); dall'altra contravviene al nuovo codice, sia all'articolo 6, che impone di salvaguardare l'umanizzazione dei servizi sanitari e di contrastare ogni discriminazione nell'accesso alle cure, sia all'articolo 23 che chiede di garantire la continuità delle cure, di fatto interrotta quando il paziente, spesso in non buone condizioni, è costretto a fare la fila dal medico di famiglia». Da parte sua, il medico di base «deve senz'altro prescrivere la terapia al paziente, ma può, al di là della denuncia, segnalare il comportamento scorretto sia alla propria Asl che all'Omceo del medico che ha lasciato il paziente senza cura; simili episodi mettono all'angolo il mmg e minano il rapporto di fiducia; si pensi al caso in cui il farmaco è prescrivibile solo dallo specialista perché chi lo indica è tenuto a fornire il piano terapeutico; e si pensi al caso altrettanto frequente in cui l'ospedale indica su foglio bianco un farmaco branded e il medico di famiglia non è titolato che a prescrivere il generico. Che può fare il medico di famiglia per il suo assistito?» «A leggere i documenti di ordini e sindacati - rileva infine Ferrari - i comportamenti in corsia stanno adeguandosi. Ma così lentamente che ancora nel 2009, a otto anni dal decreto, l'Omceo Genova inseriva al 2° e 5° punto del Decalogo per Migliorare il Comportamento tra Colleghi il dovere per lo specialista di prescrivere su ricetta rossa nuovi esami e farmaci alle dimissioni dei pazienti».

DIRITTO SANITARIO **Requisiti di legittimità del richiamo scritto**

È illegittimo il richiamo scritto impartito dal direttore sanitario al medico per avere causato all'ente un notevole disservizio violando gli ordini di servizio relativi ai turni di lavoro, in quanto l'irrogazione dello stesso (da ricomprendersi nella sanzione disciplinare della censura) è avvenuta in assenza della previa contestazione al dipendente incolpato, da parte del superiore, della mancanza che gli si attribuisce, con assegnazione al medesimo di un termine non maggiore di dieci giorni per presentare proprie giustificazioni scritte.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584