

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

GIOVEDÌ 5 MARZO 2015

SOMMARIO

ASL 2 OLBIA-TEMPPIO

❖ COMUNICATO STAMPA

"Settimana della sicurezza" in Anestesia e Rianimazione

A Olbia i medici rispondono alle domande dei cittadini sulla sicurezza

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Comma 566.** Parte la concertazione con i medici. **Lorenzin convoca i sindacati per l'11 marzo**
- ❖ **Comma 566.** Anche il Parlamento si schiera. **Ecco cosa pensano maggioranza e opposizione sulla "battaglia" per le nuove competenze**
- ❖ **Griglia Lea.** Ministero precisa: "Dati diffusi oggi sono provvisori. Verifica ancora in corso"
- ❖ **Epatite C. Lorenzin: "Con nuove cure risparmi nel medio e lungo termine".** Gli epatologi Cleo: "Un registro nazionale per evitare pazienti di serie B".

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Traffico d'organi: il Senato approva il ddl che introduce il reato penale**
- ❖ **Dpcm precari. Anaa: «Un passo iniziale, ma insufficiente e aleatorio. Urge lo sblocco del turn-over»**
- ❖ **GIURISPRUDENZA Tribunale di Milano: «La colpa medica è extracontrattuale» di Umberto Vianello, responsabile legale Obiettivo Risarcimento**

DOCTOR 33. IT

- ❖ **Pubblicità e tariffe. In attesa del Tar Fnom sospende articoli nel mirino Antitrust**
- ❖ **DIRITTO SANITARIO Errata diagnosi: il dolore è risarcibile**

=====
=====
ASL 2 OLBIA-TEMPPIO

COMUNICATO STAMPA

"Settimana della sicurezza" in Anestesia e Rianimazione

A Olbia i medici rispondono alle domande dei cittadini sulla sicurezza

Anche a Olbia si celebra la settimana nazionale della Sicurezza in Anestesia e Rianimazione, organizzata dalla Società italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), per informare e sensibilizzare i cittadini sulle misure adottate dai medici anestesisti e rianimatori per prevenire le complicanze all'interno delle strutture sanitarie. Anche il reparto dell'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia partecipa all'iniziativa di informazione rivolta ai cittadini. **Oggi**, a partire dalle 9, nella hall dell'ospedale, verrà allestito un banco dove verrà distribuito del materiale informativo e verrà distribuito un questionario per un sondaggio sulle conoscenze e sulle esigenze della popolazione; all'orario delle visite (tra le 12.30 e le 14.30), un anestesista sarà a disposizione dei cittadini per rispondere alle domande e fornire informazioni sulle procedure e i protocolli utilizzati all'interno del reparto di Anestesia e Rianimazione.

La **"Settimana per la sicurezza in Anestesia e Rianimazione"** ha lo scopo di sensibilizzazione ed informare la popolazione sulla figura professionale dell'anestesista-rianimatore, sulle sue peculiarità e sui sistemi di sicurezza in uso nelle sale operatorie per rendere sempre più sicura le procedure utilizzate. *"L'anestesia, sebbene sia un processo delicato ed altamente specialistico, allo stato attuale garantisce un buon regime di sicurezza legato allo scrupoloso rispetto di tutte le norme e le procedure di prevenzione"*, spiega **Franco Pala**, direttore del Reparto di Anestesia e Rianimazione dell'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia.

Ogni anno, nel mondo, circa **230 milioni di persone** vengono sottoposte ad anestesia per interventi chirurgici e procedure diagnostiche: *"le complicanze legate alle procedure anestesologiche si sono ridotte a percentuali bassissime, tanto da poter dire che si tratta di una procedura sicura, meno rischiosa di un viaggio in autostrada piuttosto che un'anestesia"*, spiega Pala, che illustra i dati della struttura olbiese: *"Al Giovanni Paolo II vengono eseguite mediamente **3.500 anestesia all'anno**, di cui circa 100 ai bambini che devono esser sottoposti a risonanza magnetica, 200 per effettuare esami invasivi che altrimenti provocherebbero dolore; a questi si aggiungono circa **1.300 visite effettuate dall'ambulatorio per le visite preoperatorie**, che consente di predisporre le terapie necessarie per arrivare all'intervento nel migliore stato possibile; e **1.250 trattamenti ambulatoriali erogati nell'ambulatorio della Terapia del Dolore**"*.

Nelle sale operatori della Asl di Olbia l'attività anestesologica è regolata e controllata secondo procedure codificate, che prevedono check list per prevenire effetti avversi ed incidenti, protocolli specifici per patologie, esami per la prevenzione delle trombosi venose e delle infezioni, riduzione degli esami pre-operatori inutili. In rianimazione inoltre esistono delle procedure standardizzate e controlli accurati per diminuire le infezioni, evitare cure inutili, permettere un contatto prolungato tra ricoverati e parenti (**rianimazione aperta**).

Comma 566. Parte la concertazione con i medici.

Lorenzin convoca i sindacati per l'11 marzo

Convocati i sindacati medici della dipendenza e convenzionati per affrontare i nodi delle nuove competenze professionali. E' il primo incontro dopo il varo della legge di stabilità che ha dato valore di legge al percorso per il rinnovo delle competenze di infermieri e professioni tecniche e sanitarie.

Dopo tre mesi di botta e risposta a distanza tra medici e infermieri si avvia il tavolo di concertazione presso il ministero della Salute per affrontare i nodi del comma 566 della legge di stabilità che prevede un accordo Stato Regioni sulle nuove competenze professionali.

L'incontro è fissato per l'11 marzo e sarà presente anche il ministro Lorenzin.

Comma 566. Anche il Parlamento si schiera. Ecco cosa pensano maggioranza e opposizione sulla "battaglia" per le nuove competenze

Oggi il congresso nazionale dell'Ipasvi con al centro proprio il comma 566 e le nuove competenze. L'11 marzo la convocazione di Lorenzin dei sindacati medici sullo stesso tema. Ma i partiti cosa ne pensano? Ecco cosa ci hanno detto: Calabrò (NCD), Fucci (FI), Gelli (PD), Grillo (M5S), Nicchi (SEL), Rondini (Lega) e Vargiu (SC). E anche loro si spaccano.

Anche i partiti, non solo medici e infermieri, si spaccano sul comma 566 della legge di stabilità che prevede la definizione di nuove competenze per gli infermieri e gli altri operatori sanitari e tecnici. La novità viene accolta con favore da **Calabrò (Ncd)** che, però, auspica una maggiore tutela dei medici sul fronte dei contenziosi e dell'atto medico. Positivo anche il parere di **Rondini (Ln)** che confida nell'intesa Stato Regioni per dettagliare in maniera più netta e decisa la suddivisione delle competenze. Sulla stessa lunghezza d'onda anche **Vargiu (Sc)** e **Federico Gelli (Pd)** che ha parlato di un salto culturale in avanti rispetto ad una visione medico centrica. Contrari, invece, **Fucci (Fi)** che palesa una possibile confusione nei ruoli, e **Nicchi (Sel)** che avrebbe ritenuto più opportuno un disegno di legge ad hoc con lo stanziamento di maggiori risorse finanziarie. Interlocutoria, infine, la posizione di **Grillo (M5S)** che aspetta di visionare il testo dell'intesa prima di prendere una posizione definitiva sull'argomento.

Raffaele Calabrò (Ncd-Ap): "Bene ampliamento competenze ma si tutelino medici sul fronte dei contenziosi"

Favorevole all'ampliamento delle competenze degli infermieri e degli operatori sanitari e tecnici, il capogruppo Ncd-Ap in commissione Affari Sociali, che vede in questo passaggio possibili benefici sia sul versante dell'assistenza che su quello economico.

"Sì, sono d'accordo. Credo che il ruolo del personale sanitario debba essere molto più ampio, quindi che infermieri e personale sanitario possano avere la possibilità di svolgere attività che oggi sono della realtà medica. Dico questo perché in questo

modo si potrà 'liberare' il medico da una serie di attività che lo frenano. Oggi le tecnologie hanno cambiato molto la medicina e ci vuole molto più tempo da parte del medico per lavorare con gli altri - ha dichiarato Calabrò -. Una volta alleggerito di alcuni carichi il medico potrà dedicarsi di più ad aspetti di relazione con il paziente, alla comprensione delle situazioni diagnostiche, al lavoro di equipe, a intraprendere delle scelte comuni. Per questo ritengo che alcuni ruoli svolti storicamente dal medico possono essere affrontati dal personale laureato del comparto sanitario". Quanto, invece, ai problemi sollevati dai medici su una possibile messa in discussione dell'atto medico, il capogruppo Ncd-Ap in XII commissione alla Camera ha spiegato: "Per risolvere la questione credo sia fondamentale fare chiarezza. Per questo in Commissione Affari Sociali stiamo lavorando sul testo del rischio clinico. L'articolo 1, che stiamo impostando, è relativo proprio all'atto medico, quindi punta a chiarire qual è il ruolo del medico e quello che deve svolgere. Questo, se da un lato serve per tutelare il medico sul fronte dei contenziosi, quindi per la salvaguardia giuridica del professionista, dall'altro serve anche a chiarire i ruoli rispetto a quelli delle altre professionalità. Una volta fatta chiarezza non ci saranno problemi". "Per quanto mi riguarda - ha concluso Calabrò - il punto è uno solo: il miglioramento dell'assistenza. E allargare le competenze del personale sanitario porta a dei benefici. Se poi da questo ne deriva anche un risparmio, non vedo perché lo si debba considerare negativo".

Benedetto Fucci (Fi): "Ampliamento competenze crea confusione nei ruoli. L'atto medico è esclusivo compito del medico"

Contrario, invece, all'ampliamento delle competenze il capogruppo di Fi in commissione Affari Sociali che contesta la norma anche sul piano formale, laddove viene tirato in ballo l'ormai "abrogato" istituto della concertazione.

"Non sono d'accordo perché ritengo che sia necessario rispettare i ruoli e le responsabilità. Sul piano formale la norma è scritta in modo tale da tirare in ballo un istituto, quello della concertazione, ormai abrogato ed è quindi scritta male. Sul piano sostanziale è una norma che a mio parere potrà creare una confusione nei ruoli e disorientamento nel paziente. A partire dal fatto basilare, cioè il modo e il criterio con cui sia possibile distinguere tra atto medico 'semplice' e atto medico 'complesso'", ha sostenuto Fucci.

Quanto ai timori da parte dei medici circa possibili travalicazioni da parte di altre professioni nella diagnosi e cura: "Concordo con questa posizione e ne spiego le ragioni: in modo convinto guardo con favore, in generale, a tutto ciò che può incentivare i protagonisti delle professioni sanitarie ad arricchire il loro bagaglio di competenze e di capacità; tuttavia - ha proseguito il capogruppo Fi in XII commissione alla Camera - va chiarito senza equivoci che l'atto medico è esclusivo compito del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione, tenendo anche conto della responsabilità che il medico ha".

Infine, rispondendo sul fatto che dietro la scelta di ampliare le competenze degli infermieri possano celarsi motivazioni non tanto professionali quanto economiche, visto che gli infermieri costano meno dei medici, Fucci ha risposto: "E' una possibile

ragione e desidero sottolineare che proprio il fatto che si possa avanzare un'ipotesi del genere evidenzia l'errore concettuale alla base del comma 566, una norma che non aiuta certo il rapporto, che deve essere sempre di collaborazione per il bene del paziente, tra medico e sanitario".

Federico Gelli (Pd): "E' stato fatto un salto culturale rispetto a sanità medico centrica"

Per il componente della commissione Affari Sociali, in questo modo vengono riconosciute formalmente le capacità ed esperienze di infermieri e operatori sanitari. Quanto ai medici, per Gelli le intenzioni del provvedimento non sono quelle di disconoscere il ruolo dei camici bianchi che, invece, mantengono ben salde le loro prerogative.

"Mi sembra molto positivo che il Governo abbia preso impegni su un tema da tempo in discussione. Anche nel nuovo Patto per la Salute viene sottolineata l'importanza della valorizzazione di tutte le professionalità per il futuro del Sistema Sanitario Nazionale. Sicuramente è stato fatto un salto culturale rispetto alla sanità del passato medico centrica. Oggi un buon servizio alla collettività può essere erogato solo se tutte le figure professionali lavorano insieme: medici, infermieri, biologi, tecnici e operatori socio sanitari nelle loro specifiche competenze. In Italia operano circa 423 mila infermieri e rappresentano la struttura portante di tutto il sistema sanitario, quasi tutti con lauree di primo livello e molti altri addirittura con lauree di secondo livello o master. Con la legge di stabilità - ha spiegato Gelli - si riconoscono formalmente tutte queste capacità ed esperienze. Basti pensare agli infermieri che si prendono carico dei pazienti nell'assistenza domiciliare, oppure al pronto soccorso o ancora in ambulanza a stabilizzare le persone. Un esercizio professionale di grande qualità che fino adesso sembrava non ci fosse mai stato".

Quanto, invece, ai timori dei camici bianchi su una possibile messa in discussione delle prerogative del medico nella diagnosi e cura: "Non sono d'accordo perché nessuno disconosce il ruolo del medico che mantiene ben salde le sue prerogative. Avere degli infermieri sempre più preparati è senza dubbio un vantaggio anche per i medici che possono svolgere meglio il loro lavoro, senza ovviamente che nessuno sopravanzi l'altro. In alcune regioni come la Toscana sono già state fatte sperimentazioni evolute con gli infermieri che, non solo non hanno creato problemi ai medici, ma sono stati in grado di offrire ai cittadini servizi migliori".

Infine, sulle possibili motivazioni economiche che spingerebbero ad ampliare le competenze degli infermieri per il loro costo inferiore rispetto a quello dei medici: "Anche questo è un punto su cui non sono d'accordo. Intanto sono tutti dipendenti pubblici pagati dal Fondo Sanitario. Poi nessuno può pensare di sostituire il medico con un infermiere. Piuttosto si tratta di riorganizzare meglio il lavoro e se un infermiere, nell'ambito delle sue competenze, può svolgere un tipo di attività al posto di un medico significa solo che abbiamo utilizzato meglio le risorse. Mi preoccupano di più le ipotesi di riorganizzazione e razionalizzazione prospettate dal governo della Regione Toscana che vuole sostituire gli infermieri che andranno in pensione con dei tecnici, gli operatori socio sanitari. Questo significherebbe davvero mettere in difficoltà l'intero sistema a scapito della qualità dei servizi perché, al di là dei

risparmi tutti da dimostrare, non è possibile pensare di mettere al posto di un professionista specializzato e laureato come l'infermiere, un operatore socio sanitario - a concluso Gelli -. Una figura a cui potrebbe bastare la licenza media inferiore e un solo un anno di formazione per svolgere esclusivamente attività di assistenza domestica e alberghiera".

Giulia Grillo (M5S): 'E' presto per esprimere un'opinione. In un'ottica di assistenza territoriale non è sbagliato rivedere ruoli'

La capogruppo del M5S in commissione Affari Sociali della Camera, prende tempo e aspetta di leggere il testo dell'accordo prima di prendere una posizione, sottolineando, però, come nessun operatore debba essere escluso dal dibattito né anteporre obiettivi personali rispetto al quadro generale che deve avere al centro sempre il paziente.

"Se il presupposto è quello di rendere un servizio migliore ai cittadini, avremo un approccio positivo nei confronti del provvedimento. Aspetterei però di leggere prima il testo dell'accordo, mediato e concertato con le parti in causa, prima di esprimere un'opinione compiuta. Certamente, considerati i precedenti e le dichiarazioni di queste settimane, non siamo partiti con il piede giusto", ha spiegato Grillo.

"Mi piace pensare a un Servizio Sanitario Nazionale in cui i vari operatori, che prendono in cura un paziente, agiscono tutti insieme come una squadra ben affiatata e non come singoli soggetti senza un coordinamento. Inoltre - ha proseguito - da anni, si continua ad affermare che l'assistenza territoriale deve diventare sempre più il baricentro del sistema. Se questo è vero, allora non credo sia sbagliato rivedere ruoli e definizioni che fino ad oggi hanno risposto a logiche incentrate sull'assistenza ospedaliera. A mio parere nessun operatore deve essere escluso dal dibattito ma, al contempo, nessuno deve anteporre obiettivi personali rispetto al quadro generale, che deve avere al centro sempre il paziente".

Infine, sulle polemiche legate all'aspetto economico del provvedimento, ossia sulla scelta di ampliare le competenze degli infermieri per via del loro costo più basso rispetto a quello dei medici, Grillo ha dichiarato: "Ripeto, aspettiamo di leggere prima un testo. Qui si parla di ruoli e competenze ma, non più tardi di un mese fa, ho ricevuto la lettera di un sindacato di infermieri che denunciava il taglio di personale e mezzi, con il risultato che gli operatori rimasti sono costretti a spostarsi con un solo mezzo, aumentando i tempi dei trasferimenti a danno delle effettive prestazioni. Anche questa oggi è la nostra sanità".

Marisa Nicchi (Sel): "Norma troppo generica e priva di coperture finanziarie. Sarebbe stato opportuno un disegno di legge ad hoc"

Il deputato di Sel in Commissione Affari Sociali sottolinea che il riconoscimento di maggiori competenze dovrebbe essere affiancato dallo stanziamento di maggiori risorse. "Non mi convince innanzitutto il metodo individuato, ossia dallo strumento scelto, la legge di stabilità, per mettere mano alle competenze assegnate alle professioni sanitarie e infermieristiche. Si traduce in legge quanto sarà deciso in un futuro accordo tra Governo e regioni, su una materia tanto importante quanto delicata, quale quella dell'individuazione di nuovi ruoli e competenze per le 'professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della

prevenzione'. E non giova sapere che è dal 2012 che sono in piedi tavoli tecnici per ridefinire le competenze professionali dei sanitari.

Peraltro - prosegue - è eccessiva l'indeterminatezza e la genericità della norma, e si fa riferimento a definizioni a dir poco ambigue laddove si parla di 'atti complessi' in capo ai medici, presupponendo che vi siano 'atti semplici' che possono invece essere assegnati e aggiunti alle attuali competenze e responsabilità degli infermieri e delle altre categorie sanitarie non mediche. Il tutto, badate bene, senza 'nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica'. Ossia a costo zero. La necessità di una crescita professionale di questi operatori sanitari è necessaria e auspicata, ma - osserva - se si vuole giustamente rivedere e ridisegnare nuovi ruoli, ambiti, responsabilità e competenze, lo strumento principale per il Governo dovrebbe essere quello del disegno di legge, e non quello di un comma estemporaneo inserito nella legge di stabilità. E comunque il riconoscimento di maggiori competenze, dovrebbe essere affiancato dallo stanziamento di maggiori risorse finanziarie".

Altro problema risiede nell'indeterminatezza della norma, che non chiarisce in modo adeguato responsabilità e funzioni. "Al di là della difesa corporativa che a volte può emergere dalle proteste della categoria dei medici, rimane indubbiamente il forte rischio, anche da loro sollevato, che l'estrema indeterminatezza del comma 566, porti a una definizione troppo poco chiara delle responsabilità e delle funzioni - in alcuni ambiti forse addirittura sovrapponibile tra medici e le altre professioni sanitarie, con gravi conseguenze, tra l'altro, sulla qualità del servizio reso e sull'appropriatezza delle prestazioni. I percorsi formativi - sottolinea - sono del tutto diversi, e questo deve essere ben chiaro. Una cosa è la necessaria valorizzazione delle diverse professionalità, un'altra è creare una inaccettabile confusione di compiti e ruoli nell'ambito del percorso clinico diagnostico-terapeutico".

Nicchi teme infine una sovrapposizione tra competenze diverse che produca nel complesso una svalutazione del lavoro. "Dietro al comma 566, c'è chiaramente dell'altro, ma credo che ci sia anche una valutazione, come dire, di carattere economico e di possibili e probabili risparmi (a danno degli stessi cittadini) sottesi alla ridefinizione delle competenze e delle funzioni in capo agli infermieri e alle altre categorie sanitarie non mediche previste dal comma. Un aumento di competenze e funzioni che, in nome di una giusta riqualificazione e crescita professionale di questi soggetti, rischiano di sconfinare e di accavallarsi in alcuni ambiti con il ruolo specificatamente medico. A questo punto - ragiona - diventa maggiore il ruolo discrezionale delle regioni nelle politiche di impiego delle diverse professioni sanitarie, mediche e non. Laddove le competenze degli infermieri arrivano ad estendersi in ambiti sanitari finora prerogativa dei medici, è chiaro che il rischio di un effetto sostituzione si può concretizzare. E questo anche alla luce delle evidenti differenze retributive tra le due categorie.

Peraltro - conclude - l'implementazione delle responsabilità e competenze degli infermieri e delle altre categorie sanitarie non mediche, è previsto a costo zero, ossia la retribuzione di questi operatori non cambierà, perché il tutto dovrà avvenire senza maggiori oneri per le casse dello Stato. E questo rappresenta nei fatti in una svalutazione del valore del lavoro".

Marco Rondini (Lega Nord): “Contrari a impianto Legge di stabilità, ma favorevoli a comma 566 che finalmente restituisce competenze e professionalità a infermieri e operatori”.

Per il capogruppo della Lega in Commissioni Affari Sociali finalmente infermieri e operatori potranno uscire dalla posizione di marginalità in cui sono stati per troppo tempo relegati. “Abbiamo più volte manifestato la nostra contrarietà alla Legge di Stabilità nel suo complesso e in particolar modo per i tagli alla sanità che vengono scaricati sulle Regioni. Nello specifico il comma 566 non ci vede invece contrari perché - spiega - riteniamo perché sino a oggi il lavoro di infermieri e operatori è stato troppo spesso marginalizzato oppure relegato a mansioni che sviliscono la loro professionalità, quindi è assolutamente opportuno dotarli di maggiori e nuove competenze”.

La specifica preparazione richiesta a infermieri e operatori sgombra il campo da qualsiasi timore legato a un'invasione nel campo delle competenze dei medici. “Riteniamo infondati i timori dei medici che temo un'invasione nel campo della loro professionalità. In considerazione del tipo di preparazione che oggi viene richiesta a infermieri e operatori - sottolinea - è assolutamente corretto riconoscere a queste categorie maggiori competenze: negli ultimi trent'anni queste figure hanno registrato un'evoluzione consistente. Non credo quindi che emerga il rischio di una sovrapposizione”.

L'accordo tra Stato e Regioni costituirà una garanzia per tutto il sistema e per tutte le professioni. “Le nuove competenze da attribuire agli infermieri verranno dettagliate compiutamente nell'accordo che sarà stipulato tra Stato e Regioni. Ciò impedirà certamente la tanto paventata invasione di campo, evitando così che si inneschino meccanismi finalizzati esclusivamente al risparmio. Sono convinto - conclude - che gli infermieri verrà fornita la possibilità di seguire piani di cura redatti dai medici, sulla base di una logica complementare e non certo sostitutiva. L'accordo rivestirà quindi una funzione decisiva, perché dovrà tracciare una distinzione netta e precisa tra competenze”.

Pierpaolo Vargiu (Sc): "Crescita di tutte le professioni è interesse del sistema. Ma serve chiarezza su ruoli e competenze"

Il presidente della commissione Affari Sociali della Camera si dice convinto della necessità di attribuzione di compiti e responsabilità chiare a tutte le professioni.

Vargiu definisce però un'illusione il tentativo di superare le attuali difficoltà economiche del sistema sanitario mescolando le carte delle competenze e creando situazioni ibride che rischierebbero di distruggere la certezza dei ruoli.

"Credo che lo skill mix diventi sempre più importante nella gestione della appropriatezza della risposta ai bisogni di salute e sono convinto che la crescita culturale di tutte le professioni sanitarie sia un interesse del sistema. Ciò detto sono altrettanto convinto della necessità di attribuzione di compiti e responsabilità chiare a tutte le professioni. Imparare a lavorare sempre meglio insieme aiuta mentre sono convinto che la confusione dei ruoli faccia soltanto danno al paziente e al sistema", ha spiegato Vargiu.

"I medici - ha proseguito il presidente della XII commissione - fanno bene a chiedere

che non si insegue l'illusione di superare le attuali, gravi difficoltà economiche del sistema sanitario italiano mescolando le carte delle competenze e creando situazioni ibride che rischierebbero di distruggere la certezza dei ruoli e minerebbero il buon funzionamento del sistema".

"Quando mancano i soldi, come oggi, si rischia di dare spazio ai prestigiatori che dicono di sapere come si faccia a moltiplicare le risorse finanziarie - ha concluso Vargiu -. Forse è sufficiente ricordarsi che i miracoli li fanno in pochi, mentre i giochi di illusionismo li fanno in tanti".

Griglia Lea. Ministero precisa: “Dati diffusi oggi sono provvisori. Verifica ancora in corso”

A seguito della pubblicazione su alcuni organi di stampa dei risultati della verifica Lea 2013 il ministro ha precisato che “tutte le rilevazioni relative alle Regioni in piano di rientro sono da considerare provvisorie in quanto le stesse Regioni hanno tempo fino al 10 marzo per presentare integrazioni documentali”.

“La griglia sull’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, strumento di valutazione e monitoraggio dei servizi sanitari regionali utilizzato dal Comitato Lea, coordinato dal Ministero della Salute, contiene numerosi indicatori che consentono di dare una lettura complessiva dei servizi sanitari regionali”, così il ministero in una nota.

“Il Ministero, come previsto dal Patto della salute – prosegue la nota - sta lavorando alla revisione del sistema di valutazione e di garanzia del servizio sanitario nazionale, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni offerte in tutte le aree del Paese”.

“In merito ai dati pubblicati da alcuni organi di informazione – conclude la nota - si rileva che tutte le rilevazioni relative alle Regioni in piano di rientro sono da considerare provvisorie in quanto le stesse Regioni hanno tempo fino al 10 marzo per presentare integrazioni documentali”.

Epatite C. Lorenzin: “Con nuove cure risparmi nel medio e lungo termine”. Gli epatologi Cleo: “Un registro nazionale per evitare pazienti di serie B”.

I medici: “Urge trovare nuove strategie utilizzando un differente modello assistenziale che possa ovviare a questa gravissima sperequazione”. D'Anna (Gal): “Metteremo in campo tutte opportune iniziative legislative”. Il Convegno oggi al Senato.

“Istituire subito un registro nazionale dei pazienti affetti da Epatite C per garantire un accesso equo ai nuovi farmaci”. È la proposta lanciata dagli epatologi ospedalieri del Cleo durante un convegno organizzato in Senato insieme al senatore **Vincenzo D'Anna**, componente del gruppo Grandi Autonomie e Libertà in Commissione Sanità.

“Se già oggi il trattamento dei farmaci per l’epatite C è costoso – ha scritto in un messaggio il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** -, quello con i farmaci di nuova generazione si preannuncia ancora più oneroso e pertanto per curare il maggior numero di pazienti è necessario fare un uso razionale delle risorse”.

“Tuttavia – ha ricordato -, per la patologia in questione, è altrettanto necessario ed opportuno ragionare in termini di politica sanitaria a medio e lungo termine, considerano che una terapia efficace e più breve con i nuovi farmaci comporta una evoluzione più favorevole della malattia verso la guarigione, con drastica riduzione del numero dei trapianti e guadagno, in termini di salute e produttività dei soggetti guariti oltre che nel futuro un risparmio per il Ssn”.

Durante il convegno si è dibattuto sull’iniquità che potrebbe verificarsi nella somministrazione dei farmaci contro l’epatite C. “Il rischio - ha spiegato **Vincenzo Messina**, infettivologo del Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta - è che i nuovi farmaci per il trattamento dell’Epatite C arrivino solo a quei pazienti che avranno la fortuna di curarsi in regioni ricche e che gli altri non avranno le stesse possibilità. La ripartizione delle risorse per la gestione della terapia per l’epatite cronica da HCV, effettuata valutando il numero dei cittadini residenti e non la prevalenza della patologia, rischia insomma di ledere il diritto alla salute di vaste aree d’Italia, cioè quelle che presentano la più elevata prevalenza dell’infezione. Urge trovare nuove strategie utilizzando un differente modello assistenziale che possa ovviare a questa gravissima sperequazione”.

“Insomma - ha annunciato il presidente del Cleo, **Giorgio Barbarini**, infettivologo del Policlinico San Matteo di Pavia - per evitare drammatiche distinzioni tra malati di serie A e serie B che ricalchino i gap tra le regioni italiane, l’unica soluzione è quella di un registro nazionale”.

“I pazienti affetti da cirrosi ed epatite cronica – ha precisato - verranno registrati on line dagli specialisti accreditati dalle rispettive Regioni presso Aifa inserendo non solo dati anagrafici ma anche quelli clinici che consentiranno, tramite l’applicazione di 'scoring systems' già noti, di attribuire ad ognuno un punteggio e quindi l’inserimento in una graduatoria che garantisca una modalità univoca progressiva di acquisizione del diritto alla terapia. I pazienti con cirrosi potranno essere rivalutati con cadenza semestrale in quanto soggetti a variazioni più frequenti della condizione clinica, quelli con epatite cronica con cadenza annuale per la maggiore stabilità di tale quadro clinico. Il numero di trattamenti erogabili per anno sarà definito in funzione delle risorse che lo Stato e non le regioni dedicheranno annualmente al trattamento della epatite da HCV. Una volta stabilito il finanziamento, anno per anno, si autorizzerà il numero dei pazienti che potrà avere accesso alla cura. Il paziente, lo specialista che ne ha curato la registrazione e l’Asl di residenza verranno informati dell’avvenuta acquisizione dell’accesso alla cura. Una modalità trasparente che consentirà un’organizzazione efficace e univoca dell’accesso alla cura evitando il ricorso alla magistratura delle associazioni dei pazienti”.

“Si tratta - ha concluso il senatore **Vincenzo D’Anna**, componente del gruppo Grandi Autonomie e Libertà in Commissione Sanità - di una proposta più che condivisibile che appoggeremo senza se e senza ma mettendo in campo tutte le opportune

iniziative legislative".

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Traffico d'organi: il Senato approva il ddl che introduce il reato penale

Approvato a Palazzo Madama il ddl che introduce il nuovo reato in materia di traffico di organi prelevati da persone viventi e destinati al trapianto. Il ddl che ora passa in seconda lettura alla Camera ha avuto 212 sì e un solo voto contrario.

Il testo si compone di soli quattro articoli, il primo dei quali introduce nel codice penale, modificando l'articolo 601, un nuovo reato volto ad incriminare la condotta di traffico di organi prelevati da persona vivente: il delitto è punito con la reclusione da tre a dodici anni e con la multa da 50.000 a 300.000 euro. Se il fatto è commesso da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione. È inoltre punito, con la reclusione da tre a sette anni e con la multa da euro 50.000 ad euro 300.000, chiunque organizza o propaganda viaggi ovvero pubblicizza o diffonde, con qualsiasi mezzo, anche per via informatica o telematica, annunci finalizzati al traffico di organi o parti di organi. Per punire anche l'intermediazione è stato specificato che la «tratta» di organi è reato «in qualsiasi modo e a qualsiasi titolo». Elemento qualificante del nuovo delitto è comunque il fatto che l'organo o la parte di organo prelevato provenga da persona vivente, il che denota il particolare allarme sociale delle azioni punite e, al contempo, serve a distinguere e qualificare l'impianto sanzionatorio rispetto alla disciplina già prevista dalle norme penali speciali recate dalla legge 1° aprile 1999, n. 91.

L'articolo 2 del ddl introduce modifiche all'articolo 416 del codice penale concernente il reato di associazione per delinquere. In particolar modo, al sesto comma dell'articolo 416 viene introdotto il riferimento al nuovo articolo 601-bis nell'elenco dei reati per i quali si applica l'aggravante che prevede la reclusione da cinque a quindici anni e da quattro a nove anni a seconda che si tratti dell'attività di promozione, costituzione od organizzazione dell'associazione criminosa, oppure che vi si prenda semplicemente parte. È evidente l'intenzione di conferire particolare allarme sociale al reato di traffico d'organi prelevati da persona vivente, ma anche da cadavere, se consumato in forma organizzata e di associazione criminosa.

L'articolo 3 del disegno di legge si occupa di coordinare l'introduzione della nuova disciplina con l'articolo 22-bis della legge n. 91 del 1999.

Da ultimo, l'articolo 4 del disegno di legge si limita a svolgere un ulteriore coordinamento con la legge 26 giugno 1967, n. 458, In materia di trapianto del rene tra persone viventi.

Durante l'esame in aula Ncd ha rinunciato all'emendamento sul traffico di cellule e tessuti di origine umana prelevati da persona vivente ribattezzata dalle opposizioni

«blitz sulle staminali per il divieto di eterologa». «L'emendamento presentato con i colleghi Giovanardi e Aiello - ha comunque chiarito Maurizio Sacconi di area popolare - ha dato luogo ad un ordine del giorno accettato dal governo che lo impegna a rendere effettiva la gratuità dello scambio di cellule e tessuti di persone in vita. Ciò significa individuare i modi con cui impedire ogni forma di commercializzazione secondo il modello del sangue e degli organi che attraverso associazioni non profittevoli si raccolgono con modalità gratuite e solidali. L'esigenza di adeguate sanzioni si è evidenziata alla luce dell'intensificazione di attività commerciali fondate sullo sfruttamento di persone bisognose. Guai se la nostra società perde la dimensione dell'uomo riducendolo a magazzino di ricambi a pagamento».

Dpcm precari. Anaa: «Un passo iniziale, ma insufficiente e aleatorio. Urge lo sblocco del turn-over»

«Il riemerso Dpcm per la stabilizzazione del personale precario in Sanità, in attuazione di quanto disposto dalla L. 125/2013, appena firmato dal Ministro della Salute, rappresenta un passo iniziale, ma insufficiente ed aleatorio, per l'avvio del processo di stabilizzazione». Lo comunica una nota dell'Anaa Assomed.

I motivi sono due: il provvedimento non è conciliabile con il blocco del turn-over e non è «cogente». «Non solo esso non tiene conto dell'impossibilità di conciliare un valido e sostenibile iter di stabilizzazione con il blocco del turn-over e i vincoli assunzionali - continua la nota - ma si limita ad attribuire alle Regioni una mera possibilità senza alcuna efficacia cogente. Nonostante il processo di stabilizzazione avvenga nell'ambito di dotazioni organiche esistenti e nei limiti del costo del personale fino ad oggi sostenuto, rispettando, quindi, i vincoli finanziari e senza nemmeno porsi in contrasto con gli obiettivi dei piani di rientro, mirando alla ottimizzazione delle risorse disponibili».

Sbloccare il turn-over. «Affinchè l'abuso di contratti atipici cessi e le vacanze dei posti nella dotazione organica siano occupati da personale di ruolo - spiega Anaa - è necessaria la fine del blocco del turn-over, non solo nella misura del 15%, anche per le Regioni sottoposte a piano di rientro, cominciando ad assicurare l'immediato scorrimento delle graduatorie concorsuali vigenti con assunzione del personale sanitario idoneo e la indizione di concorsi pubblici evitando fenomeni a macchia di leopardo. Ma, soprattutto, occorre un provvedimento legislativo ad hoc, magari nell'ambito del ddl delega ex art.22 del Patto della Salute, che consenta la trasformazione/stabilizzazione dei contratti atipici non ricompresi nel Dpcm, che sono la maggioranza, che, al pari degli altri, concorrono a garantire i Lea occupando posti in dotazione organica vacanti da anni, al fine di impedire la brusca ed improponibile interruzione di pubblici servizi essenziali».

«Senza tali provvedimenti - conclude la nota Anaa - si rischierebbe addirittura di rimettere in discussione le proroghe dei contratti già previste dalle diverse Regioni, prefigurando un vero e proprio dissesto organizzativo e di salute pubblica. I precari della Sanità non hanno meno diritti di quelli della scuola ed il diritto alla salute dei cittadini non può essere garantito da una assistenza precaria fatta da esistenze

precarie. E' il momento di dare speranza anche alle speranze dei giovani medici e dirigenti sanitari».

GIURISPRUDENZA Tribunale di Milano: «La colpa medica è extracontrattuale» di *Umberto Vianello, responsabile legale*

Obiettivo Risarcimento

Con la **sentenza n. 1430 del 2 dicembre 2014**, il Tribunale di Milano è tornato a occuparsi della natura della responsabilità sanitaria alla luce dell'innovazione legislativa apportata dall'articolo 3 della legge 189/2012, la cosiddetta legge Balduzzi. Ribadendo l'orientamento già espresso con due pronunce della scorsa estate, il tribunale meneghino ha affermato il carattere extracontrattuale della responsabilità del medico dipendente di una struttura ospedaliera che, in ragione della propria condotta, cagioni un danno al paziente.

La portata della tesi accolta dai giudici milanesi si afferra laddove si pensi che, da oltre 15 anni, giurisprudenza e dottrina sono pressoché unanimemente orientate a riconoscere la natura contrattuale della responsabilità del sanitario, con tutte le conseguenze che ne derivano.

Invero, da una ricostruzione in chiave contrattualistica, discende un assetto decisamente più favorevole per il paziente, che oltre a godere di un termine prescrizione più lungo, ovvero pari a dieci anni, è gravato unicamente dall'onere di dimostrare l'esistenza del rapporto sanitario e di allegare l'inadempimento del medico, mentre competerà a quest'ultimo provare o che tale inadempimento non vi è stato, o che non abbia concorso a determinare il verificarsi dell'evento dannoso.

La qualificazione della responsabilità in termini extracontrattuali comporta invece un termine di prescrizione dimezzato, nonché un maggiore carico probatorio in capo al danneggiato, che dovrà dimostrare la ricorrenza del fatto illecito in tutte le sue componenti, e quindi anche la colpa dell'autore del danno. In questo contesto è intervenuta, nel 2012, la legge Balduzzi, che all'articolo 3, nell'ottica di prevenire il contenzioso e ridurre gli oneri assicurativi, ha limitato la responsabilità penale del medico dipendente del Servizio sanitario attraverso l'esclusione della responsabilità penale in caso di colpa lieve ove questi abbia osservato le «linee guida e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica».

Ma la novità che fin da subito ha acceso un vivace dibattito è rappresentata dal fatto che, se il medico non risponde penalmente laddove ricorrano le condizioni appena menzionate, in tali ipotesi - prosegue la disposizione - rimane fermo, in ambito civile, l'obbligo sancito dall'articolo 2043 del codice civile, norma cardine della responsabilità extracontrattuale. L'ambiguità del dettato normativo lasciava quindi spazio a un interrogativo di non poco momento: stabilire se la reale intenzione del legislatore fosse quella di qualificare la responsabilità civile del medico come responsabilità da fatto illecito, meno gravosa per il medico, ma più onerosa per l'ammalato, sia sotto il profilo della prescrizione, sia dell'onere della prova.

La giurisprudenza di merito si è divisa, nonostante la Corte di cassazione, nel febbraio 2013, avesse escluso la possibilità di una portata innovatrice della novella nel regime della responsabilità civile medica.

I giudici milanesi hanno invece ritenuto che la Balduzzi imponesse una revisione dell'orientamento giurisprudenziale ormai unanime, affermando che qualora il paziente abbia concluso con il professionista uno specifico contratto d'opera professionale è indubbia l'applicazione della responsabilità da inadempimento, mentre nelle ipotesi in cui tale contratto manchi, il rapporto debba ricondursi nell'alveo della responsabilità da fatto illecito.

Nulla è cambiato per le strutture sanitarie, la cui responsabilità era, e continuerà a essere, di natura contrattuale. È evidente come la tesi accolta dal tribunale milanese vada a disciplinare una porzione ridotta di casistiche, trovando applicazione solamente nei confronti del medico "strutturato" cosicché, se il paziente conviene in giudizio anche la struttura ospedaliera, come succede nella maggior parte dei casi, potrà esperire l'azione contrattuale nei confronti della stessa, che sarà comunque tenuta a rispondere per i fatti commessi dai propri dipendenti o ausiliari.

Nonostante poco o nulla parrebbe sostanzialmente cambiato con riferimento alla concreta tutela del paziente, il dibattito venutosi a creare da oltre due anni sull'argomento ha coinvolto i rappresentanti dei professionisti, della politica, del mondo scientifico e assicurativo, e ha condotto ad almeno sette disegni di legge che oggi giacciono in Parlamento, taluni dichiaratamente finalizzati a mutare la qualificazione della responsabilità medica collocandola in ambito extracontrattuale.

Nel periodo attuale, in cui gli enti sanitari stentano a dotarsi di una copertura assicurativa, ovvero quando quest'ultima si riveli inconsistente, nonché nel più ampio contesto dell'autotutela in capo alle aziende ospedaliere, tale interpretazione costituisce comunque un limite per il cittadino sotto il profilo della certezza del risarcimento.

Infatti, se la struttura nosocomiale non fosse poi in grado di farvi fronte, decorsi cinque anni dalla data del fatto lesivo, al danneggiato sarebbe confiscata la possibilità di agire nei confronti del medico.

C'è quindi da augurarsi che quanto affermato con sempre maggiore convinzione dalle sentenze milanesi non finisca per dare la stura a revirements della Suprema corte o a interventi legislativi che, ribaltando il sistema di regole che presidiano la responsabilità civile sanitaria, finiscano per penalizzare inevitabilmente il paziente che, dal canto suo, si assume danneggiato.

DOCTOR 33. IT

Pubblicità e tariffe. In attesa del Tar Fnom sospende articoli nel mirino Antitrust

«E' una misura di prudenza, non un calo di tensione. Faremo le nostre battaglie, fino a Bruxelles se occorre, per sostenere la serietà della nostra posizione sulla pubblicità, che in altri paesi dell'Unione Europea è irreggimentata più che in Italia. Ma non è neanche il caso di accanirsi a prezzo di aggravare la multa dell'Authority». Così il

Presidente Fnomceo **Amedeo Bianco** spiega i motivi della comunicazione 15 con cui chiede agli ordini di non applicare per ora gli articoli del Codice deontologico (rinnovato l'anno scorso) nel mirino dell'Antitrust. Andrebbe sospesa per due mesi l'applicazione del 54 dove vieta che i medici e i dentisti offrano prestazioni gratuite a scopo promozionale, e del 56 sia dove chiede trasparenza nei messaggi pubblicitari sia dove vieta pubblicità comparative. Nella decisione 25078 del settembre 2014 l'Antitrust sanzionò queste norme per 831 mila euro come lesive della libera concorrenza e impose alla Fnomceo di cassarle entro gennaio 2015. La Fnomceo ha promosso ricorso al Tar Lazio chiedendo la sospensiva del decreto ma il 17 dicembre questa non è stata concessa: il Tar terrà l'udienza di merito il 25 marzo. Se gli Omceo applicassero il Codice in questi due mesi la multa potrebbe lievitare ancora. «L'Antitrust ha sanzionato il Codice 2006 e la linea guida 2007, due misure figlie della stessa epoca delle "lenzuolate" Bersani», dice Bianco. «Non ha punito comportamenti della Fnomceo - che mai ha attivato procedimenti disciplinari su questa materia - bensì il Codice visto come strumento per attivare un'intesa tra imprese a fini anticoncorrenziali. Siamo sanzionati sui principi e a prescindere dai comportamenti». La Fnomceo l'anno scorso ha modificato il Codice «ma nella decisione Antitrust le modifiche all'articolo 56 attinenti gli aggettivi "prudente, trasparente, obiettiva e pertinente" sono richiamate come indicative di mancato ravvedimento; la lingua italiana è larga di significati, ma è così distante l'aggettivo "non ingannevole" presente nel decreto Bersani? Altro problema sull'articolo 56 è la pubblicità comparativa: le preoccupazioni nostre e della letteratura scientifica attengono la comparazione di esiti di cura, non certo di strumenti. Il terzo aspetto è la pubblicità promozionale, per Antitrust pubblicità e promozione sono sinonimi, per noi che un ginecologo pubblicizzi una crema è un problema. Ci auguriamo di vincere -conclude Bianco- ma, se continuiamo l'infrazione e la sentenza non ci fosse favorevole, la multa lieviterà; per non prestare il fianco ad oneri ulteriori abbiamo chiesto agli Ordini di sospendere l'applicazione di quattro aggettivi, fermo restando che gli aggettivi non contestati dall'Authority, possono ben essere ricondotti ai principi fin qui da noi difesi».

DIRITTO SANITARIO **Errata diagnosi: il dolore è risarcibile**

Il medico che incorre in errore professionale per essersi reso conto del distacco di un frammento della componente protesica con grave ritardo rispetto all'evento (in quanto già visibile chiaramente dalle radiografie effettuate a seguito dell'intervento), causando un dolore aggiuntivo al paziente e costringendolo ad una nuova operazione, deve risarcirlo del danno subito per la persistente sintomatologia dolorosa. Inoltre, viene riconosciuto anche il danno non patrimoniale derivato dall'omessa corretta e tempestiva informazione, che avrebbe dato modo quanto meno di anticipare nel tempo la decisione di sottoporsi a nuovo intervento chirurgico.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584