

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

VENERDI' 13 FEBBRAIO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ OLBIA **Mater Olbia apre nel 2015 c'è il via libera dal Qatar** La Qatar Investment Authority ha approvato l'accordo con tribunale e banche *Si passa alla fase due. Partono gli appalti e il sito che curerà le assunzioni*
- ❖ SASSARI **Droga, amore e progetti per liberarsene** Ieri si è tenuto l'incontro della Nuova Sardegna con gli studenti: il tema era la tossicodipendenza e la riabilitazione

L'UNIONE SARDA

- ❖ SASSARI **Luca: cronaca di un suicidio annunciato** *Retrosceca inquietanti nel fascicolo a carico del neurologo Dore*

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Cassazione. **Paziente muore per farmaco sbagliato. Confermata condanna per omicidio colposo a "infermiere coordinatore"** che non aveva segnalato allergia riportata nell'anamnesi
- ❖ Servizio "118". **Il personale incide dal 75 all'89% dei costi.** E la colpa è del blocco del turn over
- ❖ Dolore. **Un "problema" per 12 milioni di italiani.** Ma solo il 40% sa a chi rivolgersi

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Tavolo ex art. 22: ecco la bozza delle Regioni. Arriva lo specializzando in corsia**

DOCTOR 33. IT

- ❖ Riordino delle specialità, spuntano quattro anni di cure primarie
- ❖ Risarcimento e vitalizio: rischio default per il reddito del medico
- ❖ DIRITTO SANITARIO **Nuove apparecchiature: solo con individuazione nel Piano sanitario regionale**

LA NUOVA SARDEGNA

OLBIA Mater Olbia apre nel 2015 c'è il via libera dal Qatar La Qatar Investment Authority ha approvato l'accordo con tribunale e banche *Si passa alla fase due. Partono gli appalti e il sito che curerà le assunzioni*

Un tratto di penna cancella l'ultimo ostacolo. L'ex San Raffaele si trasforma in Mater Olbia. La Qatar Investment Authority, la cassaforte che custodisce il patrimonio

multimiliardario dell'emirato, ha dato il via libera all'accordo. La riunione decisiva a Doha in queste ore che ha visto l'approvazione definitiva. Ora si passa alla fase 2. Prima la firma davanti al notaio, entro il 28 febbraio, poi i lavori. E già viene fissata la nuova data dell'apertura. Entro la fine del 2015. Trattative silenziose. In queste settimane con pazienza gli avvocati e i manager della Qatar foundation hanno continuato a trattare con il pool di banche e i commissari fallimentari che avevano tra le mani una parte dei terreni su cui si dovrà espandere il centro di ricerca. Un lavoro lungo, durato mesi, per riuscire a trovare l'intesa. Una trattativa che ha sconvolto le ottimistiche previsioni dei manager Qf. Poco abituati alle lancette sedate della burocrazia italiana. Ma l'accordo è arrivato ed è stato ratificato dalla Qia. La fase due. In queste ore si prepara già la fase due. La gestione del recupero e dell'espansione dell'ex San Raffaele sarà affidata a un general contractor, una società che si occuperà di gestire bandi e appalti per la costruzione delle opere. Nello stesso momento sarà messo on line un sito internet a cui tutte le persone interessate a lavorare nella struttura potranno inviare i loro curriculum. Una serie di iniziative che segnano la seconda fase. Quella che porterà all'apertura dell'edificio. Obiettivo 2015. Non ci sono ancora dichiarazioni ufficiali, ma il Mater Olbia aprirà entro il quarto trimestre del 2015. La data indicativa è già stata prevista. Nessun commento per ora, in queste settimane ha continuato a lavorare nell'ombra il numero uno della Qatar foundation endowment Lucio Rispo, che non si è mai arreso davanti ai tempi al moviolone della burocrazia italiana. Per lui il compito complicato di spiegare ai pragmatici vertici qatarini i bizantinismi della legge italiana. Anche il deputato Pd Gian Piero Scanu ha continuato a monitorare la trattativa in questi mesi in cui sembrava essersi inabissato il progetto Mater Olbia. L'architettura finanziaria. In queste ore ci si prepara anche a trasferire le risorse. I soldi per coprire il costo dell'investimento sono già in Europa. Sono in Lussemburgo in un conto intestato a una holding, la cassaforte che gestisce tutti gli investimenti della Qatar foundation nel vecchio continente. E saranno girati alla società che ha sede legale nell'isola, la Sardinia healthcare research. La spa è partecipata al 100 per cento dalla Qatar foundation. Ha il compito di acquistare l'edificio, i terreni, comprare le apparecchiature indispensabili per far funzionare il centro. Ma è prevista anche la creazione di una seconda società. Il 60 per cento delle azioni saranno nelle mani della Qf, il resto, il 40 per cento, in quelle dei partner commerciali. Questa seconda spa avrà il compito di gestire l'ospedale e il centro di ricerca. La missione. Il ritardo non ha alterato neanche l'interesse dei partner, primo tra tutti la General Electric, pronti a investire a loro volta nel progetto Mater Olbia.

SASSARI Droga, amore e progetti per liberarsene Ieri si è tenuto l'incontro della Nuova Sardegna con gli studenti: il tema era la tossicodipendenza e la riabilitazione

Padre Morittu ha snocciolato alcuni dati sulla tossicodipendenza che dipingono un quadro poco confortante. Nel 2013 - ha detto - le persone seguite dal Serd il Servizio

Asl per le dipendenze, sono state 10536, di cui 6414 per abuso di sostanze illegali e 2551 per abuso di alcol. Fra i primi 5678 erano maschi e 736 femmine. Il fatto è che per ogni persona che decide di farsi aiutare almeno 10 sono ancora vittime dell'abuso di sostanze. L'80 per cento dei percorsi di riabilitazione è legato all'assunzione di eroina, il 15 per cento alla cocaina e il 5 per cento alla cannabis. Nel 2013 su 2041 detenuti nelle carceri sarde 904 lo erano per motivi legati alla droga». Padre Morittu ha anche detto che le comunità per il recupero dei tossicodipendenti sarde dispongono di 540 posti e che nel 2013 685 persone hanno utilizzato la comunità per farsi aiutare. (g.g.)di Gabriella Grimaldi wSASSARI Si ricomincia dall'amore e da un progetto concreto. Così i giovani caduti nella trappola della dipendenza riescono a riprendersi in mano la loro vita. Si è parlato di droghe, da quelle proibite dalla legge a quelle, forse persino più subdole, come l'alcol, consentito ma non per questo meno devastante. E si è parlato dei rischi collaterali, come quello di causare incidenti stradali o rimanerne vittima, dell'assunzione di sostanze stupefacenti o alcol. Tutti temi che coinvolgono i giovani e che sono stati sviluppati nell'incontro che si è svolto ieri nella sala conferenze della Nuova Sardegna dedicato agli studenti delle scuole superiori di Sassari e di Porto Torres. I testimoni di questo universo con cui i ragazzi si sono potuti confrontare, coordinati dal giornalista della Nuova Gianni Bazzoni, sono stati da un lato i volontari che con la loro opera da decenni ripescano esistenze che sembravano perdute per sempre, dall'altro chi è caduto nelle dipendenze e ha risalito la china con non poca fatica ma che oggi può dire di avercela fatta. Fra i primi certamente padre Salvatore Morittu fondatore dell'associazione Mondo X e delle comunità per il recupero dei tossicodipendenti ma anche della casa famiglia per malati di Aids a Sassari che alla domanda dei ragazzi sulla possibile legalizzazione di droghe per uso farmacologico ha risposto: «Se possono servire in questo senso è positivo ma il problema è che le persone con problemi scoprono che con la droga stanno bene e alla fine i fattori psichici e la dipendenza si intrecciano causando enorme sofferenza». Alle domande degli studenti hanno risposto poi Marco, ex ospite della comunità S'Aspru e oggi responsabile della struttura («sono un ex tossicodipendente ma sono anche un padre di famiglia e responsabile della comunità, la mia vita è fatta di passato, presente e futuro»), Toti, che a S'Aspru è arrivato dal carcere e lì ha capito che aveva tanti problemi. Oggi è un'altra persona. E poi ha parlato Massimo, che ha convissuto con le droghe per 25 anni, ha perso tutto, dagli affetti al lavoro e poi ha deciso di ricominciare da se stesso. Infine Federico, in comunità da 14 mesi: «Non riuscivo più a vivere senza qualcosa che mediasse tra me e il mondo. Alla fine ho visto uno spiraglio di luce. In comunità il lavoro che viene fatto è molto più profondo della disintossicazione da sostanze». A confrontarsi con i ragazzi per fare opera di prevenzione il comandante della Polizia stradale Giacinto Mattera che ha mostrato filmati sulle situazioni di rischio quando una persona si mette alla guida in stato di alterazione. Gli studenti hanno fatto domande sugli aspetti che li coinvolgono più da vicino e hanno proposto riflessioni sulla "normalità" con cui si assumono le sostanze stupefacenti, sempre più aggressive.

L'UNIONE SARDA

SASSARI Luca: cronaca di un suicidio annunciato **Retrosцена inquietanti nel fascicolo a carico del** **neurologo Dore**

Non ci sono soltanto i presunti maltrattamenti ai malati e le pseudo terapie anti Alzheimer, nell'inchiesta del pm Gianni Caria sul centro Aion di Ittiri. L'avviso di concluse indagini notificato al neurologo Giuseppe Dore ed altre 25 persone, contiene anche due capi d'imputazione che aprono scenari del tutto nuovi nella vicenda. Uno riguarda la politica, e, in particolare l'attuale vice presidente del Consiglio regionale, il forzista Antonello Peru, sotto indagine insieme agli ex manager Asl, Marcello Giannico e Nicola Licheri. L'altra storia, sintetizzata nell'ultima tranche dell'avviso, è quella di Luca Scognamillo, in cura da Dore e morto suicida, nel giugno del 2012.

GLI APPALTI BLINDATI La politica entra nella storia della "neuropsicoanalisi", la terapia innovativa del neurologo Giuseppe Dore. Il pm Cardia e i carabinieri fanno emergere i legami tra Antonello Peru, consigliere regionale, e l'ex direttore generale della Asl di Sassari, Marcello Giannico. Secondo il pubblico ministero, Peru, «grazie alla posizione derivata dalla carica politica ricoperta» avrebbe contattato Giannico «perché venisse assegnata all'Aion una parte dell'ospedale di Ittiri». Ma non basta, perché le ipotesi contenute nell'avviso notificato nei giorni scorsi, sono anche altre. Secondo il pm, Peru si sarebbe impegnato per progetti di futura collaborazione tra la Aion e la Asl di Sassari «anche progettando la partecipazione dell'associazione a bandi " blindati", creati, cioè, in modo da consentire all'associazione suddetta di vincere le selezioni e di essere preferita ad altri soggetti, anche pubblici».

IL DRAMMA DI LUCA Un'altra vicenda, una storia tragica, indicata nelle contestazioni della Procura di Sassari, è quella di Luca Scognamillo. Si tratta del ragazzo algherese, in cura da Dore, che il 15 giugno del 2012 si è tolto la vita lanciandosi dal ponte di Calabona. Secondo il pm Caria, che ipotizza il reato di omicidio colposo, il giovane era affetto da uno stato depressivo cronico e non venne curato. Peggio, Dore e i suoi collaboratori avrebbero aggravato la situazione. Il pm indica un episodio avvenuto il 25 aprile del 2012. A Luca Scognamillo viene detto: «Tu vuoi morire». Il ragazzo risponde affermativamente e riceve questa risposta: «E allora fallo». I familiari del giovane, assistiti dall'avvocato Alberto Sechi, hanno consegnato una corposa perizia di parte al pubblico ministero.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Cassazione. Paziente muore per farmaco sbagliato. **Confermata condanna per omicidio colposo a** **“infermiere coordinatore” che non aveva segnalato** **allergia riportata nell’anamnesi**

Il medico incaricato dell'anamnesi, in presenza dell'infermiere coordinatore, aveva segnalato un'allergia all'amoxicillina. Ma in reparto gli viene comunque prescritta

dal medico e somministrata causandone il decesso. Per la Corte l'infermiere coordinatore aveva comunque l'obbligo di vigilare e segnalare l'errore essendo a conoscenza dell'allergia del paziente. [LA SENTENZA](#)

La Corte di cassazione (sezione IV, sentenza 16 gennaio 2015, n. 2192) torna sulla responsabilità infermieristica e sulla posizione di garanzia in capo a ogni esercente la professione sanitaria su un caso interessante di responsabilità professionale che trae origine da un errore medico nella prescrizione di un farmaco.

Il fatto è degno di essere attentamente ricostruito – per quello che è possibile fare all'interno di una sentenza della Corte di cassazione, non essendo conosciuti i riferimenti dei precedenti gradi di giudizio di merito – nella sua interezza.

Un medico durante l'anamnesi (curiosamente chiamata “intervista” nella sentenza) di un paziente – avvenuta alla presenza di un infermiere coordinatore – rileva l'allergia all'amoxicillina del paziente stesso.

Il farmaco viene lo stesso prescritto e successivamente somministrato, all'interno di una sala operatoria, da un'infermiera, causandone la morte in “pochi secondi”.

In primo grado entrambi gli infermieri vengono assolti. In appello viene assolta l'infermiera somministrante e condannato l'infermiere coordinatore in quanto la Corte di appello “ha evidenziato la concreta sussistenza di una “specifica posizione di garanzia” in capo all'infermiere coordinatore. Tale posizione di garanzia viene posta a tutela dell'incolumità del paziente, “tenuto conto, in particolare, della qualifica professionale di vertice rivestita dall'imputato, onerato di precisi doveri sinergici di organizzazione, di gestione, di sovrintendimento e di segnalazione”.

Sostanzialmente si è contestato all'infermiere coordinatore “la trascuratezza ...nell'omettere di procedere alle dovute segnalazioni ai fini della correzione degli errori contenuti nella documentazione clinica riguardante il paziente”. A fronte, cioè dell'errore medico, il coordinatore aveva l'obbligo di “sottoporre a una nuova verifica, o a un più accurato controllo, detta documentazione clinica”. Omettere tale segnalazione significa violare “le regole imposte dall'arte infermieristica”.

Nel ricorso per Cassazione il coordinatore produce tre motivi di impugnazione di nostro interesse. Nel primo contesta l'omessa valutazione di tre circostanze: la prima legata alla mancata disponibilità materiale della cartella il giorno dell'intervento; la seconda circostanza è relativa all'assenza del coordinatore dall'ospedale, “nei due giorni precedenti l'intervento” per turno di riposo “durante i quali il personale medico avrebbe dovuto provvedere alla verifica e ai necessari controlli sulla correttezza delle prescrizioni terapeutiche disposte nei confronti del paziente”. Ultima circostanza non valutata – secondo il coordinatore – era relativa al fatto che la materiale somministrazione fosse avvenuta in sala operatoria dove erano presenti altri due coordinatori.

La Suprema Corte individua la fonte della responsabilità del coordinatore nella posizione di garanzia richiamando le leggi di abilitazione all'esercizio professionale (legge 42/99, profilo professionale ex DM 739/1994, legge 251/2000 e 43/20006) e gli obblighi costituzionali ex art. 3 e 32 Cost.

Come è noto la “posizione di garanzia” si sostanzia nell'obbligo “giuridico che grava su specifiche categorie di soggetti previamente forniti degli adeguati poteri giuridici,

di impedire eventi offensivi di beni altrui, affidati alla loro tutela per l'incapacità dei titolari di adeguatamente proteggerli" (Mantovani, 2001). Con la posizione di garanzia si crea uno speciale vincolo tra il soggetto debole e il "garante", tra chi, in questo caso l'infermiere, deve preservare da danni il paziente indicato come soggetto debole.

Viene riconosciuta al coordinatore la posizione di garanzia, classificata dalla dottrina giuridica come di concezione mista "sostanziale-formale", che trova le sue fonti nella Costituzione e nella normativa di settore. Non è una novità assoluta: è dalla fine degli anni novanta dello scorso secolo che l'elaborazione della posizione di garanzia viene sempre maggiormente riconosciuta alle professioni sanitarie. L'elemento di novità di questa sentenza risiede nel riconoscimento all'infermiere coordinatore, tenuto conto, come abbiamo visto, della "qualifica professionale di vertice rivestita" da cui conseguono "precisi doveri sinergici di organizzazione, di gestione, di sovrintendimento e di segnalazione".

In questi ultimi decenni, pur nella imprecisione delle non chiarissime norme di carattere contrattuale e legislativo, abbiamo assistito al consolidamento della figura del coordinatore come figura, quanto meno di fatto, tendenzialmente gestionale. Sicuramente più spostata verso l'attività organizzativa che non quella clinica. Il coordinatore non viene di conseguenza percepito come l'equivalente, nell'ambito del comparto, della figura ex primariale della dirigenza, che come è noto, conserva una importante attività clinica da affiancare alla funzione gestionale. Il coordinatore nei fatti è verosimilmente - insieme alle posizioni organizzative del comparto - l'unica figura sanitaria gestionale praticamente a tempo pieno.

Questa sentenza restituisce al coordinatore una competenza clinico assistenziale e, di conseguenza, la responsabilità connessa. Non solo aspetto gestionale ma, quindi, anche compiti di "sovrintendimento" (ovviamente clinico) e di "segnalazione".

Tra l'altro, al coordinatore è stato anche contestato, un altro aspetto "assistenziale". Nei giorni precedenti egli stesso aveva somministrato un anticoagulante al paziente, in previsione dell'intervento chirurgico poi rimandato, e nell'annotazione "di tale circostanza sulla scheda di terapia unica aveva tralasciato di riesaminare con attenzione detta scheda, sulla quale era già stata riportata la prescrizione del farmaco X. , antibiotico della famiglia delle penicilline, senza rilevarne (e conseguentemente segnalarne l'occorrenza al personale medico e infermieristico interessato) la chiara incompatibilità con l'allergia". La mancata segnalazione, dunque, dell'errore medico come causa prima della condanna (per omicidio colposo). Il processo di somministrazione dei farmaci deve essere portato avanti dall'infermiere in modo "non meccanicistico (ossia misurato sul piano di un elementare adempimento di compiti meramente esecutivi), occorrendo viceversa intenderne l'assolvimento secondo modalità coerenti a una forma di collaborazione con il personale medico orientata in termini critici.

Quindi collaborazione nei confronti del medico in modo critico laddove si possano supporre errori a danno di pazienti. Questo, precisa la Suprema Corte, non viene attuato "al fine di sindacare l'operato del medico (segnatamente sotto il profilo dell'efficacia terapeutica dei farmaci prescritti), bensì allo scopo di richiamarne l'attenzione sugli errori percepiti (o comunque percepibili), ovvero al fine di

condividerne gli eventuali dubbi circa la congruità o la pertinenza della terapia stabilita rispetto all'ipotesi soggetta a esame". In caso di dubbi compete all'infermiere la segnalazione al medico. Questo si colloca in una consolidata giurisprudenza.

In un'antica sentenza la Corte precisò che in caso di errori e di dubbi sulla prescrizione era compito dell'infermiere di "attivarsi....al precipuo scopo di ottenerne una precisazione per iscritto che valesse a responsabilizzare il medico e a indurlo a una eventuale rivisitazione della precedente indicazione...". Con le parole della cassazione di oggi, in seguito all'errore di una prescrizione, derivano, nei confronti dell'infermiere "obblighi giuridici di attivazione e di sollecitazione volta a volta specificamente e obiettivamente determinabili in relazione a ciascun caso concreto" (Corte di cassazione, IV sezione, sentenza n. 1878/2000).

Sempre di più, quindi, responsabilità all'interno dell'équipe, anche se questo caso non può essere annoverato come classico caso di responsabilità di équipe. In quest'ultima responsabilità, infatti, l'agire professionale è caratterizzato dal c.d. "principio dell'affidamento". Il principio dell'affidamento consiste nel "rendere responsabile il singolo professionista del corretto adempimento dei compiti che gli sono affidati e di fatto sgravarlo dall'obbligo di sorvegliare il comportamento altrui al superiore fine dell'interesse della vita e della salute del paziente" (Fiandaca G, Musco E, 1995). In questo caso, coerentemente con un filone interpretativo ormai pacifico, non era applicabile il principio dell'affidamento in quanto il coordinatore avendo agito colposamente omettendo la segnalazione, non poteva confidare nell'eliminazione dell'errore da parte di chi gli succedeva nella posizione di garanzia.

A parte queste annotazioni strettamente giuridiche, la notazione finale a cui possiamo giungere è relativa alla stretta intimità di rapporti tra professione medica e professione infermieristica nell'agire quotidiano.

■ [La sentenza della Corte di Cassazione \(16 gennaio 2015, n. 2192\)](#)

Servizio "118". Il personale incide dal 75 all'89% dei costi. E la colpa è del blocco del turn over

Il mancato ricambio incide infatti su anzianità media di servizio, straordinari e turni aggiuntivi facendo lievitare i costi per stipendi e indennità. Mentre i risparmi possono provenire da centrali di acquisto e bandi di gara unici. Lo studio condotto da Fiaso con l'Università di Trento per l'individuazione di costi standard ottimali. Analizzati i servizi di quattro regioni italiane.

La spending review passa dalle enunciazioni astratte al concreto del servizio di soccorso con ambulanze e autovetture. È questo il risultato del Laboratorio "Servizi di emergenza territoriale 118" che la FIASO (la Federazione di ASL e Ospedali pubblici) ha promosso con la collaborazione scientifica dell'Università di Trento, di cui oggi vengono presentati i risultati.

Lo studio ha calcolato infatti i costi standard, ovvero il costo che un servizio o prodotto dovrebbe avere in condizioni di efficienza, per tutti i servizi di soccorso con autovettura e autoambulanza (in gergo UOM, Unità Operative Mobili),

comprendendo tutte le variabili che permettono al 118 di funzionare: personale, manutenzione, attrezzature. Protagonisti della ricerca sono stati i servizi di emergenza di quattro Regioni: Lazio, Lombardia, Basilicata ed Emilia-Romagna, per un totale di oltre 20 milioni di potenziali utenti.

“Le regioni italiane hanno da sempre Sistemi 118 diversi – spiega **Alberto Zoli**, Direttore Generale dell’AREU Lombardia e Responsabile Scientifico del Laboratorio – e dunque è stato necessario, come primo passo, individuare le caratteristiche dei quattro sistemi regionali che hanno partecipato al Laboratorio. Ci sono Regioni in cui il sistema di soccorso è organizzato su base provinciale, mentre in altre (Lazio e Lombardia) è affidato ad Aziende regionali; allo stesso modo in alcune realtà c’è un’elevata presenza di Associazioni, Enti e Cooperative del soccorso, mentre in altre si utilizza per lo più personale dipendente”.

“Lo studio si è poi concentrato sull’attività di soccorso con ambulanze e autovetture – prosegue Zoli – individuando i rispettivi “costi di riferimento”, ovvero il valore assegnato al consumo di risorse (fattori produttivi) da sostenere per garantire il soccorso sanitario. Per ogni singolo tipo di autoambulanza e autovettura, prendendo in considerazione tutti i possibili allestimenti, le dotazioni e il personale di volta in volta a disposizione, è stato calcolato un costo unitario standard, per ora di lavoro così come per anno, effettuando poi delle simulazioni per valutare la congruenza degli standard calcolati rispetto ai costi effettivamente sostenuti dalle organizzazioni sperimentatrici.

Il costo standard: una struttura labour intensive.

Il calcolo dei costi standard è avvenuto prendendo in considerazione l’incidenza dei singoli fattori produttivi sul costo totale del servizio, tenendo conto anche del trend di spesa storica per ogni elemento e delle previsioni di spesa future. In particolare, per quanto riguarda i costi diretti del personale si è utilizzato il valore medio del costo contrattuale, includendo oneri sociali e indennità medie. Per i costi indiretti si è invece fatto riferimento ai costi reali sostenuti dalle singole regioni, scegliendo poi i valori maggiormente significativi, così come per i materiali sanitari e i costi di struttura. Per le dotazioni tecnologiche è stato preso in considerazione il valore di sostituzione ammortizzato con l’aliquota prevista dal codice civile, per i mezzi di soccorso il valore di costo più elevato approssimato alle migliaia di euro, per rappresentare al meglio i costi di sostituzione che le Aziende devono sostenere periodicamente. I costi generali sono stati valutati, infine, per un ammontare pari al 2,5% dei costi diretti del servizio. Lo studio ha evidenziato una struttura organizzativa decisamente labour intensive, in cui il costo del personale rappresenta la componente largamente più onerosa, oscillando tra il 75 e l’89% dei costi totali. Ne consegue una grande rigidità della struttura di costo, poiché, come noto, le spese per il personale sono difficilmente comprimibili, soprattutto in un arco di tempo breve.

L’analisi degli scostamenti: con il blocco del turn over salgono i costi. Risparmi dalle centrali di acquisto

Una volta determinati i costi standard, la ricerca li ha applicati ai prodotti e ai servizi effettivamente presenti in ogni singola organizzazione, con una simulazione che ha permesso di stimare il valore di costo complessivo che ogni realtà avrebbe dovuto riscontrare. I risultati hanno permesso di evidenziare come differenti scelte

sull'organizzazione del servizio a livello regionale, così come differenti impostazioni a livello aziendale, ad esempio sulla composizione del personale a bordo delle ambulanze, condizionano i costi del servizio 118. I costi standard individuati hanno quindi rappresentato un punto di riferimento per valutare l'efficienza delle aziende e un tetto massimo con cui confrontare i costi rendicontati dai fornitori, nonché la compatibilità economica del servizio con i vincoli di bilancio imposti a livello regionale e nazionale.

Tra i fattori che pesano maggiormente sui costi sostenuti dalle regioni, in prima posizione figurano quelli legati al personale, a causa della loro incidenza sulla spesa totale. In particolare, il blocco del turn over, aumentando l'anzianità media di servizio e obbligando a ricorrere a straordinari e turni aggiuntivi, fa aumentare sensibilmente i costi dovuti a stipendi e indennità. Altra causa del mancato ricambio è l'utilizzo di personale non dipendente, con formule come il sistema premiante e l'impiego di specializzandi, che fanno lievitare i costi. Tra gli elementi di risparmio, invece, come è ovvio, l'impiego di personale volontario e della Croce Rossa Italiana. Gare uniche aziendali per gli acquisti e la manutenzione e l'utilizzo di centrali di acquisto regionali e nazionali aumentano l'efficienza del servizio e generano economie di scala, abbattendo così i costi.

“I risultati dello studio – spiega **Walter Locatelli**, Direttore Generale della ASL di Milano e Responsabile, come Vicepresidente FIASO, del Laboratorio – vogliono in primo luogo offrire un'occasione di dibattito e confronto sui diversi sistemi regionali di soccorso, grazie all'analisi esaustiva delle modalità organizzative delle realtà che hanno partecipato. La metodologia predisposta dal gruppo di lavoro, composto da oltre quindici tra professionisti e ricercatori, può essere utilizzata, inoltre, da altre Regioni o Aziende per calcolare i costi dei servizi offerti e paragonarli con quelli individuati dalla ricerca, rappresentando così un utile strumento di benchmarking, cioè di confronto, che permetta risparmi reali senza dover intervenire con tagli lineari che minano la qualità del servizio”.

“Obiettivo del Laboratorio – conclude Locatelli – è ora quello di ampliare lo spettro di analisi per includere la spesa per le stesse Centrali Operative e il servizio di elisoccorso, individuando anche per questi ultimi i migliori costi operativi, così da analizzare il sistema dell'emergenza-urgenza nella sua interezza”. Il servizio di soccorso 118, infatti, pur assorbendo solo l'1,5% delle risorse destinate alla sanità pubblica nel nostro Paese riveste particolare importanza sia per la sua rilevanza mediatica, in grado di condizionare fortemente l'immagine complessiva di un Sistema Sanitario, sia per le sue caratteristiche di garanzia universale e tempestività di intervento, indispensabili per garantire un servizio equo e per tutti.

“In tempi di spending review – commenta **Francesco Ripa di Meana**, presidente FIASO – si parla sempre più di riorganizzazioni e accorpamenti. La creazione di reti e processi trasversali realizzata nei sistemi di emergenza e messa in luce dalla nostra ricerca può rappresentare la chiave di volta per coniugare i risparmi con la qualità e l'universalità dei servizi. Speriamo che questo modello, grazie anche alla valutazione del costo standard per singolo servizio frutto della ricerca, possa rappresentare un utile benchmark a disposizione di attori e professionisti della sanità italiana nel suo impegno costante per “fare meglio con meno””, conclude il Presidente FIASO.

Dolore. Un “problema” per 12 milioni di italiani. Ma solo il 40% sa a chi rivolgersi

Parte la campagna nazionale di associazioni malati e consumatori. Un “vademecum” a disposizione nei 1.000 sportelli di federsconsumatori e nelle 120 delegazioni della Fondazione ANT. Una guida su sintomi, farmaci e centri specializzati. [IL VADEMECUM](#).

Più che un problema, è una vera emergenza sociale, che tocca da vicino almeno un italiano su cinque: è il dolore, fenomeno che solo in Italia colpisce oltre 12 milioni di persone (alcune analisi stimano fino a 15 milioni), di cui ancora oggi meno della metà – appena il 40% – sa a chi rivolgersi. Ed è proprio per rendere finalmente più informati e consapevoli i cittadini sugli strumenti legislativi e medici per combattere il dolore, che Federconsumatori, insieme a Fondazione ANT Italia ONLUS e IMPACT Proactive, e con il patrocinio del Ministero della Salute, ha lanciato una capillare campagna nazionale di sensibilizzazione su questa tematica.

Percepito per lungo tempo solo come un sintomo o la conseguenza di altre malattie, da accettare o comunque da curare secondariamente, il dolore oggi è invece considerato dalla classe medica come una vera e propria malattia. Grazie alla legge 38/2010 l’Italia ha in materia una legislazione all’avanguardia a livello europeo, eppure paradossalmente poco conosciuta da chi ne avrebbe bisogno. I dati più recenti ci dicono infatti che il 40% dei cittadini non sa ancora oggi a chi rivolgersi in caso di dolore, mentre solo il 32% è stato informato dal proprio medico, il 22% da amici e parenti e il 14% su Internet. Inoltre, solo il 35% sa che in Italia c’è una legge sul tema (fonte: Fondazione Isal).

Dall’impegno congiunto dei tre enti è nato così un apposito “Vademecum sul dolore”, esaustivo e di facile consultazione, per informare il più ampio numero possibile di cittadini: per poter riconoscere il dolore e saper valutare i propri sintomi, per conoscere i farmaci, ma soprattutto per sapere a chi rivolgersi, dove sono ubicati i centri di terapia del dolore e i centri di cure palliative, e quali sono i diritti dei cittadini garantiti dalla Legge 38/2010.

Il “Vademecum sul dolore”, accompagnato da una locandina, sarà a disposizione dei cittadini negli oltre 1000 sportelli di Federconsumatori e nelle 120 Delegazioni di Fondazione ANT dislocate su tutto il territorio italiano, e sarà distribuito a tutti i partner coinvolti; sarà inoltre scaricabile dai tre siti di Federconsumatori, ANT e IMPACT proactive.

La campagna di informazione sulla Legge 38/2010 e dolore – scrivono i promotori - ha un importante elemento di novità: per restare più vicini ai cittadini, a distanza di due mesi dal lancio della campagna sarà infatti diffuso, con la stessa capillarità del materiale informativo, un questionario per cogliere le reali esigenze del cittadino. I risultati saranno condivisi con la classe medica, le associazioni e le istituzioni nel corso di un Workshop promosso da IMPACT proactive a Firenze nel giugno 2015 con i suoi oltre 80 partner e nei convegni di Federconsumatori e Fondazione ANT.

Tavolo ex art. 22: ecco la bozza delle Regioni. Arriva lo specializzando in corsia

Sarà lunedì prossimo all'esame degli assessori regionali alla Salute la bozza del ddl ex art. 22 elaborata dai tecnici delle tre regioni capofila (Veneto, Liguria ed Emilia Romagna). Se il provvedimento avrà il disco verde della Commissione salute della Conferenza delle Regioni, il coordinatore Luca Coletto presenterà la bozza ai tre ministri della Salute, dell'Università e della ricerca e dell'Economia.

Come anticipato su questo sito il 21 gennaio scorso ([v. articolo](#)) la bozza prevede la possibilità per i laureati in Medicina di accedere alla specializzazione in corsia, a spese dei sistemi sanitari regionali, nelle strutture inserite nella rete formativa accreditata, con un contratto «non dirigenziale».

Per i laureati abilitati è infatti previsto «l'inquadramento a tempo indeterminato in categoria non dirigenziale nell'ambito del contratto di area IV, con percorsi di carriera e livelli retributivi determinati dal CCNL».

Gli specializzandi saranno inseriti in azienda con compiti e responsabilità limitate - da definire successivamente - rispetto ai colleghi dirigenti «per lo svolgimento di attività medico-chirurgiche di supporto con autonomia vincolata alle direttive ricevute, in coerenza con il grado di conoscenze, competenze ed abilità acquisite, secondo quanto previsto delle disposizioni della Contrattazione collettiva di settore. Le relative assunzioni dovranno avvenire ad invarianza del costo complessivo della dotazione organica aziendale».

Gli specializzandi in corsia saranno contestualmente integrati in «soprannumero» nelle scuole di specializzazione, previo accordo tra le Regioni e le Università attraverso un concorso pubblico. Si prevede infatti, «L'accesso di tali professionisti, per esigenze del Ssr, in soprannumero - si legge nella bozza - a una scuola di specializzazione di area sanitaria, applicando le modalità ed i criteri previsti dall'articolo 35, comma 4, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368».

Una volta acquisita la specializzazione per i medici formati nei teaching hospital c'è la possibilità di accedere «ai concorsi per il personale dirigenziale di cui all'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992».

Nel ddl si affronta anche un'altra questione, quella di un nuovo profilo di carriera dei dirigenti del ruolo sanitario, che superi il modello «verticale» attualmente vigente, come richiesto da tempo dai sindacati medici. Nel ddl si introducono infatti «misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle risorse umane, definendo e differenziando all'interno della dirigenza medica e sanitaria percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale». E' prevista l'intercambiabilità dei due percorsi di carriera; trattamenti di retribuzione complessivi equivalenti; l'implementazione dei sistemi di valutazione delle competenze professionali e manageriali acquisite.

Con l'obiettivo di armonizzare l'offerta formativa con gli effettivi fabbisogni di

personale sanitario nella bozza del ddl si prevede di «definire una metodologia condivisa tra il Ministero della salute e le regioni e P.A., anche attraverso la valorizzazione delle iniziative promosse a livello comunitario, che consenta di individuare standard di personale, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti e operatori dell'area sanitaria».

DOCTOR 33. IT

Riordino delle specialità, spuntano quattro anni di cure primarie

Si abbassa la durata delle scuole di specializzazione, ci sono accorpamenti e per la prima volta compaiono le cure primarie - la medicina generale - tra le specialità di scuola universitaria. E' il contenuto degli ordinamenti didattici riferiti al nuovo decreto 68 con cui il Governo abbassa il numero delle specialità post-laurea da 59 a 50 (22 di area medica, 13 chirurgiche, e 13 tra servizi, sanità pubblica, fisica sanitaria). Il provvedimento del Ministero dell'Istruzione sostituisce un decreto di 10 anni fa ed è valido sia per le scuole destinate ai medici sia per le scuole ad esclusivo accesso ai "non medici", mentre ci vorrà un altro decreto ad aprile per Microbiologia e Virologia, Patologia clinica, Biochimica clinica, Genetica, Tossicologia: scuole che prevedono l'accesso sia dei medici sia di altri professionisti della salute, biologi in primis.

Si riduce nel complesso la durata della frequenza, allineandosi alle durate minime delle analoghe specialità nei paesi partner dell'Unione Europea: ne fruiranno già i neolaureati che entrano nelle specialità quest'anno 2014-15. Il 70% dei crediti attesterà l'avvenuto svolgimento di attività pratiche, da espletare non solo in ateneo ma anche in ospedali e in strutture del territorio che riservino agli specializzandi almeno il 20% dell'attività annuale. I risparmi ottenuti riducendo la durata delle scuole potranno finanziare nuovi contratti di specializzandi. La riduzione della durata nelle discipline "specialistiche" sarà ottenuta a spese dei due anni di tronco comune, lasciando intatte le ore "distintive". Peraltro, nella classe "Medicina clinica generale e specialistica", Oncologia, Medicina interna ed Emergenza urgenza restano di 5 anni; Malattie tropicali e Malattie infettive si accorpano, la Medicina di comunità diventa anche delle Cure primarie e chi fa i quattro anni può diventare medico di distretto Asl e coordinare percorsi diagnostico terapeutici e presidi territoriali (case di cura, hospice). Nel ramo neuroscienze non compare neuro fisiopatologia.

Nella classe chirurgica, Chirurgia generale scende da 6 anni a 5 e ingloba Chirurgia dell'apparato digerente e scende a 5 anni anche Neurochirurgia. Nella classe Servizi clinici si scende da 23 a 20 specialità: non compare più Medicina aeronautica e spaziale, mentre per i medici-dentisti arriva Odontoiatria pediatrica. I corsi di quest'area si riducono in genere da 5 a 4 anni. Nel sito www.giovanemedico.it l'Associazione Italiana giovani medici-Sigm approva vari aspetti del provvedimento e sottolinea che «nonostante la riduzione della durata, come ripetutamente chiesto con forza da Sigm negli ultimi anni, sarà garantita la possibilità per gli specializzandi di

svolgere attività presso istituzioni estere e fuori rete formativa per una durata massima di 18 mesi, consolidando una determinazione assunta in conferenza Stato-Regioni». Importante: «Nel periodo di specializzazione e per le attività svolte nella rete formativa, lo specializzando dovrà essere coperto da polizza assicurativa a carico della struttura».

Risarcimento e vitalizio: rischio default per il reddito del medico

«Una cifra come 145 mila euro annui da pagare per tutta la vita è spropositata. E' un segnale forte che spingerà sempre di più a trasferire i propri beni a trust o in paesi extra Italia. Il giudice avrà valutato la reale possibilità di adempiere alla condanna?» Con queste parole accorate **Rodolfo Vincenti** presidente della Fondazione Chirurgo e cittadino commenta la sentenza del Tribunale di Milano del 27 gennaio scorso in tema responsabilità civile a seguito dalla quale una donna divenuta tetraplegica per un'operazione si è vista riconoscere, accanto al risarcimento, una rendita annua obiettivamente alta per i danni gravi e le lesioni irreversibili riportati. Il giudice ha tenuto conto da una parte della compromissione della capacità reddituale della vittima e dall'altra dei costi che ella dovrà sopportare per l'assistenza domiciliare. In teoria quella cifra può essere chiesta al medico - dice Vincenti - non ho letto il dispositivo e non so chi realmente pagherà, ma ricordo come nelle aziende ospedaliere che si auto assicurano la Corte dei Conti può chiedere al medico condannato per colpa grave la rivalsa per danno erariale». Ma è possibile per un giudice guardare alla possibilità di adempiere del condannato? **Luisa Regimenti** presidente del Sindacato italiano specialisti in Medicina legale e delle Assicurazioni (Simsa) parte da una considerazione: appare adeguato applicare il principio di un'assistenza continuativa a fronte di una non autosufficienza conseguita in modo permanente. «Una cifra pari a quella indicata in sentenza può considerarsi realistica se partiamo dal tipo di attività lavorativa svolta e dalle prospettive di quell'attività che il paziente ha perso a seguito del danno ingiusto. A queste considerazioni bisogna unire l'assistenza giornaliera di cui il danneggiato avrà bisogno negli anni, per la quale ci vorranno figure mediche ed infermieristiche ed altre di servizio alla persona.

Evidentemente - dice Regimenti - non era possibile dedurre una cifra diversa a fronte peraltro di danni irreversibili, e di entità talora molto difficile da valutare. Un calmere agli indennizzi? Si parla da anni di definire dei tetti, ma di fronte a una situazione così grave la decisione del giudice di attribuire una rendita a vita è già di per sé un passo avanti verso una definizione realistica dell'entità del danno».

DIRITTO SANITARIO Nuove apparecchiature: solo con individuazione nel Piano sanitario regionale

Il rilascio alla struttura sanitaria in accreditamento provvisorio della autorizzazione ad installare una apparecchiatura per risonanza magnetica di gruppo "A" è sempre subordinata alla previa verifica della relativa compatibilità rispetto alla

programmazione sanitaria regionale, la quale si configura quale presupposto indefettibile del procedimento autorizzativo, per cui non è possibile procedere ad alcuna valutazione delle istanze eventualmente prodotte, né ad alcuna autorizzazione in assenza di tale strumento pianificatorio. Inoltre, nel regime di accreditamento provvisorio, alla struttura che intenda sostituire od integrare le attrezzature per aumentare la propria capacità prestazionale, non può comunque bastare l'autorizzazione ex art. 5 del DPR 542/1994, essendo necessari tanto il Piano sanitario regionale quanto lo specifico provvedimento della Regione (oltre a quello del Comune ove localizzare l'impianto), che modifichi l'accreditamento provvisorio alla luce dei fabbisogni quantitativi e territoriali indicati dal Piano. Benché la Regione non possa rinviare legittimamente all'infinito l'adozione di quest'ultimo, in assenza dello stesso non è possibile l'esercizio della potestà autorizzativa, per cui alle strutture interessate non resta che far valere il loro specifico interesse al riguardo attraverso gli strumenti approntati dall'ordinamento per attivare la necessaria attività programmatica.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584