

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

GIOVEDÌ 19 FEBBRAIO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ SASSARI **Morte al Civile, affidata perizia collegiale** Inchiesta sul decesso dell'ex presidente dell'Atp, il giudice incarica tre esperti della Sapienza
- ❖ SASSARI **Il Santissima Annunziata campione digitale** Il Civile segnalato per l'informatizzazione a livelli europei. **E l'unità sincope ottiene la certificazione**

L'UNIONE SARDA

- ❖ PORTO TORRES **Al Poliambulatorio apre l'ufficio ticket**

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Delega lavoro (ex art 22 Patto Salute).** Le Regioni rilanciano "il doppio binario" per l'accesso dei medici al Ssn. Si può entrare anche senza specializzazione, ma niente dirigenza. **Ecco il testo definitivo che andrà al Governo**
- ❖ Sla. **Una molecola naturalmente presente nell'organismo è tra i responsabili della malattia**

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Nuove Convenzioni ferme: si va verso la modifica dell'Atto di indirizzo**

DOCTOR 33. IT

- ❖ **Intramoenia.** La Liguria cancella Riforma Bindi: per i primari libera professione fuori dagli ospedali
 - ❖ **Da decreto scuole specialità possibile divisione tra medici di serie A e serie B**
 - ❖ **DIRITTO SANITARIO È rifiuto di atti d'ufficio l'omessa compilazione della cartella clinica**
-

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Morte al Civile, affidata perizia collegiale
Inchiesta sul decesso dell'ex presidente dell'Atp, il giudice incarica tre esperti della Sapienza

È stata affidata a tre esperti della Sapienza la perizia collegiale per fare maggiore chiarezza su ciò che l'8 febbraio del 2011 causò la morte dell'ex presidente dell'Atp di Sassari, Gesuino Porcu (69 anni). L'incarico è stato dato qualche giorno fa dal giudice Carla Altieri. Nella richiesta di rinvio a giudizio a carico di cinque medici dell'ospedale Civile di Sassari, il pubblico ministero Elisa Loris (allora titolare dell'inchiesta) aveva definito i comportamenti degli imputati «ingiustificatamente attendisti e omissivi». Una condotta, aveva scritto il magistrato, «che ha permesso e non efficacemente contrastato una massiva estensione dell'infarto venoso dell'intestino e la necrosi massiva dello stesso». Porcu il 10 gennaio del 2011 era stato ricoverato in Chirurgia al Santissima Annunziata perché aveva forti dolori allo stomaco. E proprio all'ospedale Civile gli avevano diagnosticato una trombosi alla vena porta, che raccoglie il sangue dell'apparato digerente e lo convoglia al fegato «ma nessuno dei sanitari – aveva scritto il pubblico ministero – dava indicazione della necessità dell'intervento che, al contrario, veniva inopinatamente escluso». Il giorno successivo Gesuino Porcu era stato trasferito in Medicina interna «e nonostante le manifestate condizioni di sofferenza veniva sottoposto soltanto a trattamento con terapie antidolorifiche, anticoagulanti e antibiotiche». Col passare dei giorni le sue condizioni peggiorarono e l'8 febbraio, dopo aver subito un'operazione, Porcu morì per uno shock settico. Ora il giudice vuole capire meglio cosa accadde quel giorno in ospedale. I periti cominceranno i lavori il prossimo 26 febbraio e hanno chiesto novanta giorni di tempo per depositare la relazione. Nell'udienza già fissata per il 28 maggio saranno discussi gli esiti della perizia. Dovranno accertare – secondo i quesiti posti dal giudice – se il male venne correttamente diagnosticato e se un eventuale tempestivo intervento avrebbe potuto salvare la vita al paziente. Gli imputati Pietro Niolu (primario di Chirurgia), Francesco Bandiera (primario di Medicina interna), Luisa Porcu, Gianluca Erre e Antonio Cicu (medici in servizio nel reparto di Medicina interna) sono assistiti dai legali Nicola Satta, Sebastiano Chironi e Paolo Zichi. Mentre i familiari della vittima si sono affidati all'avvocato Stefano Porcu.

SASSARI Il Santissima Annunziata campione digitale Il Civile segnalato per l'informatizzazione a livelli europei. E l'unità sincope ottiene la certificazione

L'Ospedale civile di Sassari evidenzia un livello di informatizzazione al di sopra della media italiana e prossimo alla media europea. Lo confermano i risultati della valutazione di Himss, l'istituto europeo che misura il livello di informatizzazione degli ospedali in tutta Europa. In base alla valutazione effettuata alla fine del 2014 il Santissima Annunziata si afferma come uno degli ospedali italiani per acuti con un livello di informatizzazione altamente performante, dunque un ambiente di lavoro che già oggi consente la riduzione dei rischi clinici, degli errori, degli sprechi e dei costi complessivi di gestione. «La promozione di una nuova cultura della Sanità digitale – spiega una nota – è parte integrante delle attività che i Sistemi Informativi aziendali hanno posto in essere nella Asl già dal 2008. Le procedure hanno interessato la

sperimentazione della Cartella Clinica Elettronica in alcuni reparti ospedalieri, così come la completa gestione informatizzata dei sistemi di laboratorio e di radiologia attraverso il ris pacs, soluzione che ha permesso di sostituire completamente le immagini su pellicola con il digitale. Il risultato oggi ottenuto e attestato da Himss è dunque un miglioramento complessivo dell'accesso, della sicurezza e della qualità della cura del paziente. In futuro, se proseguirà alla Asl il percorso virtuoso avviato, con la diffusione della Cartella Clinica Elettronica la somministrazione dei farmaci, gli esami diagnostici e le trasfusioni saranno completamente tracciate elettronicamente, e quindi sempre più appropriate e sicure. L'obiettivo è quello di arrivare a concepire e realizzare lo Smart Hospital, un ospedale completamente digitale e dematerializzato, in rapporto diretto con il sistema sanitario territoriale, e in cui medici e infermieri potranno progressivamente abbandonare le spesso tediose operazioni di routine, condotte ancora in molti casi manualmente, per concentrarsi maggiormente sull'efficacia e sull'appropriatezza delle cure e la loro completa umanizzazione. E le buone notizie non finiscono qui. L'Unità sincope del Santissima Annunziata ha ottenuto infatti la certificazione Nazionale. La Società Scientifica Multidisciplinare per lo Studio della Sincope nei giorni scorsi ha ufficialmente certificato la Syncope Unit che la Asl ha recentemente attivato presso l'Unità operativa pronto soccorso e medicina d'urgenza - Obi dell'ospedale civile. Con questa certificazione viene riconosciuto l'elevato livello di competenza e l'aderenza agli standard raccomandati dalle linee guida internazionali per la diagnosi ed il trattamento della perdite di coscienza di natura sincopale. A ritirare il prestigioso riconoscimento era presente a Milano, presso l'aula magna dell'università Cattolica, Paolo Pinna Parpaglia, responsabile osservazione intensiva del presidio ospedaliero di Sassari e coordinatore dell'Unità Sincope della Asl cittadina.

L'UNIONE SARDA

PORTO TORRES Al Poliambulatorio apre l'ufficio ticket

Ad Andriolu diventano operativi i servizi amministrativi della Asl Sassari.

Nel Poliambulatorio di Porto Torres sono a disposizione della popolazione, oltre al Centro Unico di Prenotazione, anche gli sportelli Ticket e gli sportelli polifunzionali per la scelta e revoca del medico.

Alla riapertura dell'Ufficio polifunzionale si è aggiunto inoltre il ripristino del servizio di Oculistica che va ad implementare le attività già offerte dalla cittadella sanitaria: Punto Prelievi, Servizio pazienti Tao, Cardiologia, Chirurgia, Diabetologia, Dermatologia, Neurologia, Ortopedia e Urologia.

Nel frattempo, così come da impegni presi dalla direzione generale della Asl di Sassari, vanno avanti i lavori di adeguamento di alcuni locali dell'ala sud del Poliambulatorio di Andriolu che dovranno ospitare altri servizi ambulatoriali, tra i quali Otorino e Odontoiatria.

Delega lavoro (ex art 22 Patto Salute). Le Regioni rilanciano “il doppio binario” per l’accesso dei medici al Ssn. Si può entrare anche senza specializzazione, ma niente dirigenza. Ecco il testo definitivo che andrà al Governo

Continua il ping pong di ipotesi sul ddl delega che dovrebbe rivedere i criteri di accesso e i contratti di specializzazione per i medici del Ssn. Le Regioni hanno definito la loro nuova proposta da inviare al Governo che prevede nuovamente l’accesso diretto al Ssn con la sola laurea e abilitazione ma con inquadramento non dirigenziale. E dalla proposta regionale “sariscono” i riferimenti alle altre figure non mediche. [LA PROPOSTA REGIONALE](#).

Prosegue il confronto tra Governo e Regioni sul ddl delega previsto dall’art.22 del Patto per la salute in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane. Come è noto i lavori del tavolo Governo-Regioni si sarebbero dovuti concludere entro il 31 ottobre scorso, ma evidentemente le posizioni tra le due parti continuano ad essere discordanti o quantomeno appare difficile trovare una sintesi condivisa per ottemperare a quanto siglato nel Patto.

Scopo della delega era quello di indicare principi e criteri direttivi finalizzati a:

1. valorizzazione delle risorse umane del Ssn per favorire un'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi;
2. accesso delle professioni sanitarie al Ssn nel rispetto dei vincoli di spesa di personale e, per le Regioni in Piano di rientro, dei vincoli fissati dai Piani stessi;
3. disciplina della formazione di base e specialista per il personale dipendente e convenzionato della formazione di base specialistica;
4. disciplina dello sviluppo professionale di carriera con l'introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell'utilizzo del personale nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
5. introduzione di standards di personale per livello di assistenza ai fini di determinare il fabbisogno di professionisti sanitari a livello nazionale;
6. applicazione del Dpcm sul precariato per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza nelle cure.

A distanza di 7 mesi dalla sigla del Patto sono state elaborate diverse ipotesi di delega. In particolare il Governo ne ha finora espresse tre. [La prima a novembre](#), dove si prevedeva il cosiddetto “doppio binario” per l’accesso al Ssn che suscitò molte polemiche tra i sindacati che accusarono il Governo di istituire di fatto un medico “non dirigente” di serie “B”, e poi altre due ([proposta A](#) e [proposta B](#)) a metà gennaio sulle quali c’era stata una prima condivisione dei ministri Lorenzin e Gianni e dove veniva di fatto superato quel “doppio binario” all’accesso, prevedendo un nuovo iter per le specializzazioni con la nascita delle reti regionali formative “ospedale/università” e (ma solo nella bozza A) anche la creazione di un nuovo

contratto di formazione e lavoro a partire dall'ultimo biennio di specializzazione.

Sulla base di queste due nuove proposte governative hanno ora lavorato le Regioni che hanno approvato una "loro" proposta che si basa sulla proposta B del Governo, modificandola ulteriormente e reinserendo il "doppio binario" per l'accesso al Ssn che, secondo la nuova proposta regionale, potrà avvenire anche con il solo "titolo di formazione di base e l'abilitazione all'esercizio della relativa professione" e quindi senza specializzazione. L'inquadramento di queste figure non sarà nella dirigenza, come per tutti i medici, ma in una "categoria non dirigenziale nell'ambito del contratto di area IV, con percorsi di carriera e livelli retributivi determinati dal CCNL".

Questi professionisti potranno aspirare alla dirigenza solo dopo la specializzazione. E' infatti prevista "la possibilità per i predetti professionisti di accedere, una volta acquisita la specializzazione, ai concorsi per il personale dirigenziale di cui all'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992".

E' evidente che su questo punto, sul quale il Governo aveva fatto, come abbiamo visto, dietro front nelle sue due proposte di metà gennaio, è prevedibile si riapra il contenzioso con i sindacati ma anche tra Governo e Regioni, anche perché nella proposta regionale si parla solo di medici escludendo, come invece prevede l'art. 22 del Patto, le altre categorie di professionisti.

■ [La nuova proposta di delega ex. art 22 del Patto formulata dalle Regioni](#)

Sla. Una molecola naturalmente presente nell'organismo è tra i responsabili della malattia

Nel cervello dei pazienti con Sclerosi laterale amiotrofica, il solfuro di idrogeno, un gas prodotto dal nostro corpo in diversi processi fisiologici, risulta aumentato di 3 o 4 volte rispetto ai livelli normali e presenta effetti tossici che distruggono i motoneuroni, principale bersaglio della malattia. In futuro si potrebbe provare a ridurlo. A colloquio col Professor Mercuri (Università di Tor Vergata)

Il solfuro di idrogeno, un composto naturalmente presente nel nostro organismo, prodotto da specifici enzimi, risulta aumentato nei pazienti con Sclerosi laterale amiotrofica (Sla) e implicato nella progressione della malattia. Lo afferma uno studio*, condotto da un team di ricerca tutto italiano, dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, dell'Università degli Studi di Perugia e dell'Irccs Fondazione Santa Lucia. Lo studio verrà pubblicato sulla prestigiosa rivista *Annals of Neurology*.

Oggi, abbiamo parlato di questo risultato con **Nicola Biagio Mercuri**, Professore di Neurologia e Direttore della Unità di Neurofisiopatologia di Tor Vergata e del Laboratorio di Neurologia sperimentale del Santa Lucia.

"Il solfuro di idrogeno è un gas naturalmente presente nel nostro organismo (come anche l'ossido nitrico e l'anidride carbonica), che viene prodotto da specifici enzimi, non solo nell'intestino ma anche nel cervello: nelle giuste quantità è essenziale per il corretto funzionamento del sistema nervoso", spiega il Professor Mercuri. "Abbiamo

scoperto, invece, che nei pazienti affetti da Sla la concentrazione di questo gas all'interno del *liquor* – il fluido cerebrospinale, che rappresenta lo spazio extracellulare essendo un componente fondamentale nel sistema nervoso centrale – è ben 3 o 4 volte superiore rispetto ai livelli presenti negli individui sani. Questo eccesso di solfuro di idrogeno presenta effetti tossici a livello cerebrale e comporta che il gas risulti coinvolto nel processo di morte dei motoneuroni, le cellule nervose che rappresentano il principale bersaglio della malattia: in pratica, esso blocca la respirazione mitocondriale, causando la morte dei neuroni per anossia”.

Questo composto, dunque, innocuo in quantità contenute, potrebbe diventare un ‘gas killer’ di tali neuroni, quando presente in quantità eccessive. “Si era a conoscenza della sua potenziale tossicità a livello cerebrale, tuttavia si tratta della prima volta in cui viene dimostrato l’eccesso di solfuro di idrogeno e la sua eventuale tossicità nei pazienti con Sla”, prosegue l’esperto. “Abbiamo preso in considerazione individui con diverse patologie neurodegenerative e abbiamo valutato i livelli del gas nel *liquor* prelevato dai pazienti, mediante analisi condotte dall’Università degli Studi di Roma Tor Vergata. L’aumento del composto nei pazienti con Sla è stato confermato anche attraverso misurazioni delle concentrazioni in modelli murini, all’interno di una ricerca sperimentale condotta dall’Ircs Fondazione Santa Lucia”.

Tale risultato potrebbe aprire prospettive di studio volte allo sviluppo di nuove strategie terapeutiche. “Una volta compresi i meccanismi molecolari coinvolti, e dunque stabilito il ruolo patogenetico del gas, il nostro obiettivo potrebbe essere quello di provare a ridurre i livelli di solfuro di idrogeno”, spiega il Professor Mercuri, “valutando i potenziali effetti benefici contro la malattia”.

Insomma, il solfuro di idrogeno, un gas naturalmente prodotto dal nostro corpo in diversi processi fisiologici (nell’intestino e non solo), potrebbe essere uno dei più importanti responsabili della malattia e dunque individuare la chiave di volta per la comprensione dei meccanismi alla base della Sla, nonché il punto di partenza per lo sviluppo di nuovi interventi.

*Alessandro Davoli, Viviana Greco, Alida Spalloni, Ezia Guatteo, Cristina Neri, Giada Ricciardo Rizzo, Alberto Cordella, Andrea Romigi, Claudio Cortese, Sergio Bernardini, Paola Sarchielli, Gabriela Cardaioli, Paolo Calabresi, Nicola B. Mercuri, Andrea Urbani, Patrizia Longone, Evidence of Hydrogen Sulphide involvement in Amyotrophic Lateral Sclerosis, *Annals of Neurology*, DOI: 10.1002/ana.24372

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Nuove Convenzioni ferme: si va verso la modifica dell'Atto di indirizzo

Modificare la Balduzzi per uscire finalmente dall'impasse? I sindacati della medicina convenzionata sembrano avere abbandonato questa ipotesi, [ventilata nei giorni scorsi](#) e decisamente respinta dal segretario della Fimmg Giacomo Milillo. E stamattina, in occasione di un incontro con il presidente del Comitato di settore Claudio Montaldo e il delegato del sottosegretario alla Salute De Filippo, Saverio Proia, avrebbero posto le basi per un'intesa sulle questioni dirimenti che passi attraverso una "nuova interpretazione" di quanto scritto nella legge 189/2012 e, di conseguenza, per una opportuna rivisitazione dell'Atto di indirizzo. Per questo, a stretto giro dovrebbero a breve trovarsi attorno a un tavolo, magari con una proposta scritta in mano, per capire come e dove orientarsi. La Balduzzi quindi resterebbe, purché se ne chiarisca e se ne modifichi l'interpretazione

«I temi all'ordine del giorno sono essenzialmente tre - spiega il segretario generale dello Smi Pina Onotri, che venerdì scorso con una lettera aveva richiamato tutti i sindacati alla compattezza, «per uscire da questa palude, da uno stallo che danneggia i medici italiani, le cure primarie e i cittadini». Questi, nel dettaglio: una definizione chiara del profilo giuridico dei professionisti - che oggi hanno, ha voluto ricordare il responsabile Smi per l'area convenzionata Enzo Scafuro, gli svantaggi di un libero professionista senza tutele e gli obblighi e gli oneri di un dipendente» - l'effettiva riorganizzazione delle Aft e delle Uccp, il no secco a qualunque ipotesi di far ricadere sulle spalle dei camici bianchi interessati ogni onere di spesa aggiuntivo.

Secco il segretario generale della Fimmg Giacomo Milillo: «Per quanto ci riguarda, niente di nuovo. Si tratta della formalizzazione, o meglio dell'annuncio di un tavolo politico per ottenere il quale la Fimmg non ha mai smesso di lavorare dallo scorso settembre, da quando è emerso con chiarezza l'intenzione della Sisac di bloccare il tavolo di trattativa. E' stato un lungo lavoro di colloqui informali e riservati, anche con il presidente Montaldo, che hanno determinato solo dilazioni. Per superare lo stallo - ha aggiunto - è stato necessario dichiarare lo stato di agitazione e minacciare lo sciopero. Immaginando un incontro ancora interlocutorio e fundamentalmente privo di novità, abbiamo scelto di essere presenti con una rappresentanza non politica», prosegue Milillo, che oggi infatti ha mandato un suo "tecnico".

«Se l'immediato futuro ci riserverà un impegno fattivo e coerente da parte delle Regioni lo esamineremo, come sempre, con intento costruttivo. Speriamo che non sia l'ennesima dilazione, espressione dell'inefficienza della Conferenza delle regioni o della sua volontà di non rispettare la legge nazionale. Per il momento non ci resta che confermare lo stato di agitazione e mobilitazione di Fimmg e ribadire che decideremo le azioni sindacali appropriate in Consiglio nazionale».

Di tutt'altro avviso il segretario generale Cisl Medici Biagio Papotto, che ha biasimato «chi vorrebbe condurre la trattativa della contrattazione fuori dai tavoli istituzionali», l'aspettativa ora è tutta verso il nuovo documento in arrivo dal presidente del Comitato di settore. E «constatiamo positivamente - conclude - la conferma da parte di Montaldo che le Aggregazioni territoriali per la Medicina generale sono solo funzionali e che le Uccp sono solo pubbliche e finanziate con soldi pubblici, richiesta già fatta dalla Cisl Medici all'inizio della trattativa».

Per Nicola Preiti, Coordinatore nazionale Medicina convenzionata Fp-Cgil Medici, «come era stato previsto dalla Cgil e come nel gioco del Monopoli, la trattativa riparte "dal via". L'inutile balletto della trattativa Sisac, che si protrae da oltre un anno, non si è neanche avvicinato ai nodi essenziali dell'assistenza territoriale e delle cure primarie. Tempo perso. Nell'incontro di questa mattina con Claudio Montaldo abbiamo chiesto un chiaro impegno della politica con diretta assunzione di responsabilità. La Conferenza delle Regioni, in attesa del compimento della riforma del Titolo V, ha l'occasione di essere protagonista: indichi chiaramente quale assetto della assistenza territoriale e delle cure primarie intende realizzare in Italia nell'ambito della organizzazione distrettuale; come adeguare il sistema alle moderne esigenze assistenziali e recuperare unitarietà nazionale; quali risorse intende mettere in campo e come intende reperirle; cosa intende proporre per rivedere compiti, funzioni e ruolo dei medici convenzionati in un sistema che cambia. Il tutto evitando di dar linfa ai privilegi e perseguendo una valorizzazione professionale di tutti i medici. Non basta scrivere lettere morte, come si è fatto recentemente nel Patto della Salute. Bisogna realizzarle».

DOCTOR 33. IT

Intramoenia. La Liguria cancella Riforma Bindi: per i primari libera professione fuori dagli ospedali

La libera professione intramuraria non è il rimedio per valorizzare l'ospedale pubblico né per abbattere le liste d'attesa: lo ha deciso la "rossa" della Liguria cancellando 16 anni di Riforma Bindi e concedendo agli oltre 300 primari ospedalieri la possibilità di svolgere l'attività privata "extramoenia". Niente più affitti pagati all'ente ospedaliero; invece, beninteso se si è apicali, finito l'orario di lavoro si può visitare ed operare fuori: lo prevede una legge approvata in consiglio regionale che ha spaccato il Pd, con il governatore **Claudio Burlando** e la candidata alla successione **Raffaella Paita** tra gli innovatori, e l'assessore alla Salute **Claudio Montaldo** -presidente del comitato di settore che prepara convenzioni e contratti nazionali - tra i "bindiani". Per la vigenza ci vorranno due mesi ma **Valter Ferrando**, presidente commissione sanità ligure, Pd anche lui, è convinto che le nuove norme potranno invertire una tendenza fin qui fallimentare. «La riforma Bindi, che sostenni nel '99, prevedeva che gli ospedali si sarebbero impegnati a trovare spazi idonei e forme adeguate per la libera professione. In Liguria -sottolinea Ferrando - sono mancati infrastrutture e personale dedicato. Le nuove regole della legge Balduzzi che impone di prenotare le visite libero professionali con il Cup dell'ospedale e un sistema informatizzato di sorveglianza per cui non tutti sono pronti, hanno azzoppato la libera professione decentrata, in un contesto in cui agli apicali è stato fin qui vietato dalla Regione di lavorare "extramoenia". Per contro, sono venuti qui a caccia di pazienti qui i primari lombardi, piemontesi, francesi, cui la professione extramuraria è consentita. Ogni

anno se ne vanno via tanti da provocarci un extra-esborso di 60 milioni». Per fortuna la Balduzzi contiene anche l'antidoto. «Lascia libere le regioni di imporre o meno l'esclusiva sui medici apicali. Il cambiamento permetterà alla nostra sanità di essere più attrattiva». Beninteso, «resta l'obbligo di esclusiva per i capi dipartimento che compongono i collegi di direzione, dotati di responsabilità amministrativa. Inoltre, chi sceglie l'extramoenia rinuncerà ai mille euro mensili d'indennità di esclusiva che saranno girati ai giovani cui, causa scarsità di risorse, non è stato concesso di accedere ai fondi di risultato dopo la verifica del 5° anno». Per Ferrando l'obiettivo finale resta scalfire liste d'attesa tra le più lunghe d'Italia. «Penso al mio amico che per una protesi d'anca deve aspettare un anno ma grazie al collega emigrato che tiene lo studio Genova potrà operarsi a Milano tra un mese. Certo deve portargli l'ecodoppler e qui ci si mettono sei mesi, ma ad Alessandria la clinica gli fa l'esame domani. Se invertiremo la tendenza e i pazienti liguri torneranno a noi, dovremo rinforzare con nuovo personale i reparti di eccellenza come chirurgia ortopedica ed oculistica ai quali i tagli lineari hanno fatto gravi danni».

Da decreto scuole specialità possibile divisione tra medici di serie A e serie B

Nella riforma della durata delle scuole di specializzazione il Governo riscrive il novero delle specialità - 22 area medica, 13 chirurgiche, 12 tra servizi, sanità pubblica, farmacologia e fisica medica - e rivalorizza la Medicina di Comunità. Di più: la fonde con la medicina generale in una Scuola di specializzazione in Medicina di Comunità e cure primarie che solleva distinguo nel settore. A una prima dichiarazione di Claudio Cricelli (Simg) favorevole a una misura che formi il nuovo management delle cure primarie segue perplessa Fimmg, con Giacomo Milillo che dice no all'ingresso dell'Università nella formazione già esistente dei futuri medici di famiglia mentre per lo Snami lombardo Roberto Carlo Rossi si chiede cosa cambia se dopotutto resta il tirocinio triennale per l'accesso alle cure primarie. «E' tangibile il rischio di creare un doppio canale d'accesso, per medici di famiglia specialisti che potrebbero comandare sui medici di famiglia ex tirocinanti, o coordinare le aggregazioni previste dalla legge Balduzzi dove queste devono ancora nascere», ammette **Francesco Carelli**, dell'esecutivo di Euract, Accademia europea dei docenti in medicina generale che include i nostri "tutor" del triennio. «A leggere il decreto attuativo, la figura che dovrebbe formarsi è un "tuttologo": dovrebbe occuparsi di costi, formulare percorsi diagnostico terapeutici, dirigere distretti, case della salute, hospice, reti di cure palliative sul territorio, strutture intermedie, servizi ai disabili. Non abbiamo esempi europei - nelle Local authorities britanniche la competenza sull'acquisto di prestazioni è rimessa in prevalenza a non medici, o specialisti in Igiene - e la misura sembra originare da ragioni di controllo organizzativo, anziché da documenti europei validati da medici e cittadini: tra l'altro riscrive l'indirizzo 2005 quando l'Accordo nazionale italiano introdusse le competenze del medico di famiglia fissate nell'European Definition della Medicina generale. Benché non condivisibile nei modi, quella novità dettava compiti che nella nuova specializzazione ritroviamo dispersi in altre cento competenze non nostre». Avremo medici di serie A e di serie B

come si paventa per l'ospedale con il doppio canale d'accesso previsto tra specialisti e non? «Il tirocinio delle attuali scuole di formazione regionale diventerà ancora meno appetibile; certo, la formazione delle scuole è migliorabile e sotto questo profilo l'ingresso dell'Università non è un male; tuttavia il "nuovo management delle cure primarie" si poteva e si può ben raggiungere con un anno di triennio in più, una specializzazione in medicina generale vera, di nome e di fatto, e una formazione permanente orientata ai criteri dell'Euract Performance Agenda approvata l'anno scorso dalle rappresentanze dei tutor di tutta Europa, più "competitiva" e fatta di continui audit all'interno della Medicina Generale stessa».

DIRITTO SANITARIO È rifiuto di atti d'ufficio l'omessa compilazione della cartella clinica

Un primario che ha omesso di compilare un numero rilevante di cartelle cliniche è stato condannato per il reato di rifiuto di atti d'ufficio. La Cassazione ha ritenuto corretta la qualificazione giuridica del fatto, evidenziando che è pacifica la natura di atto pubblico della cartella e la circostanza che la responsabilità della sua definitiva ed ufficiale formazione sia rimessa al responsabile del reparto. Il dirigente di struttura complessa, quale pubblico ufficiale, è tenuto con la sua sottoscrizione ad accertarne la completezza e regolarità ed il documento rappresenta, in maniera necessariamente congruente sul piano temporale con l'attività compiuta, l'indicazione di tutti gli interventi effettuati. Il diritto del paziente al rilascio è incondizionato e non deve essere sorretto dall'illustrazione della causale, per cui è necessaria l'immediata attivazione del sanitario in caso di richiesta, considerato anche che la formazione della cartella dovrebbe precedere tale istanza in ragione della tipologia della documentazione, costituita da un diario che va compilato in prossimità degli eventi e va verificato dal sanitario responsabile in concomitanza con gli stessi, per consentire l'effettività di tale controllo.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584