

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

GIOVEDÌ 26 FEBBRAIO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ SASSARI Parkinson, dall'Aou un aiuto per i familiari dei malati
- ❖ OZIERI Tecnica vertebroplastica, l'eccellenza di casa al Segni

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Stabilità. Oggi alla Stato Regioni l'intesa sui tagli alle Regioni. Per la sanità "saltano" i 2 mld di aumento al fondo. Ecco la nuova proposta
- ❖ L'omicidio della sanità. Se gli hooligans colpiscono anche qui di *Ivan Cavicchi*

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ Iss, Aifa e Agenas sotto lo stesso tetto (all'Iss). Nasce la Tecnostruttura della salute pubblica
- ❖ GIURISPRUDENZA Cartella clinica: vietato compilarla in ritardo

DOCTOR 33. IT

- ❖ Part-time a fine carriera. No dei medici ospedalieri: non fa entrare più giovani
 - ❖ Università. Rientro dall'estero senza test: l'ennesima sentenza dice sì
-
-

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Parkinson, dall'Aou un aiuto per i familiari dei malati

È giusto che il medico chieda al paziente: come stai? Ma forse sarebbe altrettanto opportuno chiedere anche ai familiari: e tu, come stai? Forse, dando anche a loro la possibilità di essere ascoltati e compresi, potrebbero nascere delle opportunità per portare un po' di serenità e quindi di tregua in quella partita che con sapiente utilizzo di diplomazia forse non è persa in partenza. A questo proposito la Psicologia Clinica della Aou di Sassari con il responsabile Giovanni Carpentras e la sua équipe, insieme alla Associazione Parkinson Sassari Onlus invitano per oggi alle 10, nell'aula della Radiologia Tradizionale, per un incontro-confronto per soli familiari dei malati. L'idea nasce in una recente manifestazione in occasione della Giornata Nazionale di Parkinson: a casa non esistono soltanto gli ammalati ma insieme a loro vivono anche

i familiari che aiutano ed assistono. Per una malattia degenerativa con continuo aumento delle disabilità come la malattia di Parkinson questo aiuto, e la convivenza familiare stessa, possono diventare molto difficili e saltano le dinamiche interpersonali. Comunque vada, i familiari si dimostrano velocemente incapaci di affrontare questo cambio di ruoli drastico, improvviso, e soprattutto, duraturo e senza apparente via d'uscita. Mentre per il Parkinson la medicina mette a disposizione trattamenti di ogni genere, quali terapie orali, transdermici, sottocutanei, intraduodenali, intracranici, nel tentativo di non perdere troppo velocemente una partita dichiarata persa in partenza, nessuno invece si preoccupa del fiore che appassisce dietro le mura domestiche. E del fatto che il dramma sta esattamente qui.

OZIERI Tecnica vertebroplastica, l'eccellenza di casa al Segni

«Un'assoluta eccellenza della quale andare fieri». Con queste parole l'assessore comunale alla Sanità Gigi Sarobba commenta i risultati ottenuti nel trattamento delle patologie vertebrali eseguiti dalla Radiologia dell'ospedale Segni. «Malgrado le difficoltà degli ultimi anni - dice visibilmente soddisfatto l'assessore - il Segni dimostra avere al suo interno professionalità che occorre sostenere, e di riuscire a ottenere "numeri" importanti. I risultati raggiunti nel campo della Radiologia Interventistica - conclude - sono la dimostrazione che anche ospedali territoriali come quello ozierese possono, se messi nelle condizioni di farlo, continuare ad offrire prestazioni sanitarie di eccellenza». (b.m.)di Barbara Mastino wOZIERI Passi da gigante e ottimi risultati fanno dell'ospedale Segni di Ozieri uno dei centri più qualificati in Sardegna nel trattamento delle patologie della colonna vertebrale. In particolare nel trattamento della vertebroplastica percutanea, intervento che mira a ridurre o eliminare il dolore causato da fratture vertebrali. Dallo scorso settembre a oggi sono stati sottoposti a questo tipo di intervento 31 pazienti, per un numero complessivo di 38 vertebre trattate. Un ulteriore caso, quello di un paziente con frattura post-traumatica, è stato trattato con la vertebral augmentation: tecnica innovativa che consiste nel posizionamento di un dispositivo intra-vertebrale che ha permesso il rimodellamento e il ripristino d'altezza del corpo vertebrale con recupero della normale curvatura della spina dorsale. Tutti questi interventi sono stati effettuati in regime di "day ospital", e dopo circa tre ore di osservazione i pazienti sono stati dimessi in pieno benessere e hanno potuto lasciare l'ospedale per riprendere le proprie attività quotidiane. I controlli clinici e radiologici nel periodo successivo all'intervento, inoltre, hanno dimostrato il buon esito del trattamento in termini di risoluzione del dolore e ripristino della normale funzionalità motoria. Questi successi si devono alla consolidata e tradizionale collaborazione fra l'unità di Radiologia Diagnostica e Interventistica e il reparto di Ortopedia e Traumatologia del Segni, dirette rispettivamente dal dottor Antonio Pirisi e dal dottor Silverio Zanetti, con il determinante contributo delle specialità ospedaliere di Anestesia e Fisiatria e di Medicina e Chirurgia Generale. La sinergia tra i reparti consente di utilizzare con ottimi risultati questa tecnica, rivolta al trattamento delle fratture da compressione (tipiche per esempio dell'osteoporosi), mini-invasiva nonostante l'apparente

complessità: «la tecnica - spiegano il primario dottor Pirisi e il radiologo Emiliano Contu - consiste infatti nell'iniezione all'interno del corpo vertebrale fratturato di cemento chirurgico attraverso un ago metallico introdotto per via percutanea posteriore, cioè senza esposizione chirurgica e in anestesia locale, e sotto guida radiosopica. La stabilizzazione della vertebra impedisce l'insorgenza di nuove lesioni permettendo una rapida risoluzione del dolore con pronto recupero delle normali attività fisiche. Nel Segni la vertebroplastica percutanea (che viene trattata anche dalla Radiologia di Alghero diretta dal dottor Flavio Cadeddu tramite una tecnica combinata Tac-Fluoroscopia) rappresenta solo una parte dell'attività di interventistica spinale: presto verranno adottate nuove procedure rivolte ad altre patologie degenerative della colonna, quali le stenosi, l'artrosi interapofisaria e le discopatie.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Stabilità. Oggi alla Stato Regioni l'intesa sui tagli alle Regioni. Per la sanità “saltano” i 2 mld di aumento al fondo. Ecco la nuova proposta

Consegnata ufficialmente dalle Regioni la proposta per i tagli previsti dalla legge di stabilità. Rispetto alla prima versione i saldi non cambiano ma sul tavolo ci saranno due ipotesi. Una con l'individuazione di beni e servizi, case di cura e farmaceutica come settori da prendere di mira. L'altra che invece non specifica i settori su dove operare i tagli. [L'IPOTESI DI INTESA](#).

Oggi alla Stato Regioni si potrebbero sciogliere i nodi che finora hanno impedito a Governo e Regioni di concludere l'intesa prevista dalla legge di stabilità su quanto e dove recuperare i 4 miliardi di tagli a carico regionale. Ormai è certo che la sanità sarà della partita con la proposta regionale di tagliare 2 miliardi che equivalgono grosso modo all'aumento del fondo 2015 previsto nel Patto per la Salute.

Rispetto alla [prima ipotesi regionale](#) l'unico cambiamento è sull'ammontare dei tagli ai fondi per l'edilizia sanitaria (ex art. 20 della finanziaria 1988) che scendono a 285 milioni contro i 450 della prima ipotesi. Per il resto non cambia nulla: 1,168 per i beni e servizi, 350 prestazioni da privati, 195 dalla farmaceutica territoriale e 287 da quella ospedaliera.

Ma se i numeri sono sostanzialmente gli stessi è il testo dell'emendamento alla stabilità che dovrebbe supportare questi tagli che è cambiato rispetto al vecchio documento, soprattutto con l'inserimento di una maggiore elasticità per le Regioni che potranno operare i tagli anche in altri settori sanitari diversi da quelli indicati. E poi, in questa ultima versione della proposta, è stato inserito un sub emendamento alternativo che non indica alcun ambito specifico di intervento su dove operare i tagli alla sanità, ma sempre per un valore di 2 miliardi.

Un'altra novità, già presente nella proposta da noi anticipata il [19 febbraio scorso](#), è la rinuncia delle regioni alla possibilità, prevista anch'essa nella legge di stabilità, di

mantenere in casa i risparmi nella gestione del Ssr.

Questi gli emendamenti alla legge di stabilità proposti dalle regioni per poter attuare la loro ipotesi:

Emendamenti per individuare le misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale

Emendamento 1

Governo, Regioni e Province Autonome, entro il 28 febbraio 2015, con Intesa da sancire in sede di Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome, individuano misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale per beni e servizi, ivi compresi i dispositivi medici, anche mediante il coinvolgimento di ANAC e Consip, nel rispetto dei prezzi di riferimento; della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera, ad eccezione dei farmaci innovativi e salvavita; nonché della spesa per prestazioni da privato accreditato.

Procedono, altresì, al rafforzamento dei sistemi di monitoraggio in ordine all'attuazione del regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'intesa Stato-Regioni e Province Autonome. del 5 agosto 2014.

Ogni regione potrà garantire, comunque, il raggiungimento dell'obiettivo intervenendo su altre aree della spesa sanitaria, anche in deroga alle disposizioni di cui all'art. 15, comma 14 del D.lg 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, al fine di realizzare economie non inferiori a 2.000 milioni di euro alle quali corrisponde una conseguente rideterminazione delle risorse individuate dall'art. 1, comma 556.

In subordine

Ai sensi dell'Articolo 30, comma 2, del Patto per la Salute di cui all'Intesa del 10 luglio 2014 Governo, Regioni e Province autonome, entro il 28 febbraio 2015, con Intesa da sancire in sede di Conferenza Stato-Regioni e province autonome, individuano misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizi sanitario Nazionale.

Procedono, altresì, al rafforzamento dei sistemi di monitoraggio in ordine all'attuazione del regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni e province autonome del 5 agosto 2014.

Ogni regione potrà garantire, comunque, il raggiungimento dell'obiettivo intervenendo su altre aree della spesa sanitaria al fine di realizzare economie non inferiori a 2.000 milioni di euro alle quali corrisponde una conseguente rideterminazione delle risorse individuate dall'art. 1, comma 556.

Emendamento 2

Il comma 557, dell'articolo 1, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 è abrogato. Il comma da abrogare è quello della legge di stabilità dove si prevedeva che "eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie".

■ [La proposta di Intesa Stato Regioni sui tagli della stabilità](#)

■ [E intanto Bruxelles promuove la legge di stabilità. Nessuna procedura. Ok anche al](#)

L'omicidio della sanità. Se gli hooligans colpiscono anche qui di Ivan Cavicchi

Governo, regioni, ordini e sindacati sembrano aver perso il filo e la coerenza di un disegno politico per gestire il cambiamento ineludibile nelle professioni sanitarie. Accanendosi a distruggere la sanità pubblica come gli hooligans contro la barcaccia del Bernini

Vi ricordate quel bel film “*anatomia di un omicidio*”? Un film di Otto Preminger del 1957 uno dei primi *legal drama*. Ebbene secondo me qualcosa di analogo ad un omicidio sta accadendo in sanità. Quello che si sta uccidendo è il buon senso, la buona politica, la democrazia, il bene comune, il valore del lavoro, la professionalità. Come in quel film vorrei provare a descriverne l'anatomia.

Seguitemi nel ragionamento...cominciamo considerando allo stesso tempo due piani distinti di questioni, cioè due realtà apparentemente indipendenti ma che sono correlabili a condizione di trovare delle semplici analogie:

- da una parte c'è il presidente della Regione Toscana che con la sua legge di riordino oltre a destrutturare un intero sistema sanitario vuole mandare a casa 1500 esuberanti dicendo di voler sostituire gli infermieri con gli oss ([QS 22 febbraio 2015](#));
- dall'altra un matto che sul comma 566 per avere dei chiarimenti prima si rivolge alla presidente Silvestro...senza avere risposte ([QS 31 dicembre 2014](#)) poi alla ministra Lorenzin ... ([QS 4 gennaio](#)) ...come parlare con il muro...e infine a De Filippo il sottosegretario delegato ([QS 18 febbraio](#)), quello che per come lo conosco sembra l'unico in grado di mangiare di politica.

Bene ora cercate di comprendere cosa unisce queste due situazioni apparentemente diverse.

La prima parola chiave è “*indifferenza*” cioè il comportamento di chi presume che i suoi scopi abbiano una loro autonomia assoluta, come nel caso di qualsiasi fanatismo esaltato, anche se raggiungerli costa sopraffazioni, ingiustizie e incalcolabili danni collaterali. Si tratta di un indifferentismo antidemocratico che presume, non si sa in virtù di cosa, che le persone debbano accettare per forza di sottoporsi come servi a delle volontà sovrane. Quindi “*indifferenza*” quale “*asservimento*”

La seconda parola chiave è “*controriforma*” cioè la discrezionalità che in ragione di un *prius assoluto* (per la Toscana il limite finanziario, per il comma 566 tutti i moventi inconfessati dell'Ipasvi, della Fnomceo, dei sindacati e tutti quelli sulla flessibilità del lavoro confessati dalle Regioni) che cancella delle regole, dei criteri, cioè devasta un canone democraticamente e scientificamente definito dalle istituzioni e dalle comunità siano queste dei cittadini, delle professioni, degli esperti. Quindi “*controriforma*” quale “*deregolazione*”.

Bene...continue a seguirmi...ora che avete collegato la regione Toscana con il comma 566..fate un altro accostamento...questa volta con il Tar di Trieste che su ricorso ha annullato una delibera dell'azienda di Pordenone relativa ai rapporti ambigui tra tecnici di radiologia e radiologi ([QS 22 febbraio](#)). La sentenza definisce illegittimi quegli atti che *“riconoscono spazi di autonomia a soggetti diversi dai medici specialisti radiologi” definendo privi di valore quegli “escamotage” tesi a “definire a priori...le tipologie di indagini radiologiche effettuabili in assenza della previa valutazione da parte del medico specialista radiologo”, in quanto...in conflitto con la norma che prevede l’obbligo da parte dello specialista di valutare “il concreto caso clinico e delle caratteristiche della persona interessata”.*

Bene...vi ringrazio per l’attenzione...continue a seguire il mio ragionamento *l’indifferentismo antidemocratico produce controriforma* creando effetti deregolativi del sistema.. .quindi *anomia*...e di conseguenza *“dissonanza”* tra norme e realtà...cioè un *delitto*.

Ma se è chiaro il collegamento appena descritto, meno chiaro è il significato di tutti quei fatti che intorno ad esempio al comma 566 si collocano come dei satelliti oscuri e misteriosi, per esempio:

- l’agnosticismo della Fmonceo che sembra aver svenduto la propria professione ad un accordo scellerato contro i medici;
- il ministero della Salute che si propone assurdamente come una istituzione di parte deliberatamente schierata per certe professioni contro altre professioni;
- una concertazione che in realtà è una *conventio ad escludendum* ,
- i sindacati degli infermieri che promettono ai loro iscritti il bengodi ma che in realtà li ingannano lasciandoli a marcire nella post ausiliarietà e nel demansionamento, favorendo il dumping salariale, accettando il costo zero, autorizzando una insensata flessibilità del lavoro, ecc,
- il sottosegretario De Filippo al quale ho proposto una mediazione (*no all’abrogazione del comma 566, no alla conventio ad escludendum, sì alla concertazione*) ma non dà ancora cenni di risposta.

Ecco...qua...questi sono i fatti...ma qual è il nesso logico in tutto questo bailamme? Che c’entra Enrico Rossi che vuole sostituire i medici con gli infermieri, gli infermieri con gli oss..e Bianco, Silvestro, De Filippo...i responsabili sindacali...e il Tar di Trieste?

La Toscana ormai eccellenza del contro riformismo sanitario più reazionario, ha avuto per prima l’idea di compensare l’insufficienza delle risorse con le competenze avanzate (*see in treat*, ecc.) giocando sull’intercambiabilità dei ruoli professionali per avere la massima flessibilità e abbassare il costo del lavoro, ora che mancano in cassa 250 milioni, di questa flessibilità ha bisogno come il pane perché il riordino che sta attuando prevede esuberi per 1.500 lavoratori che non saranno rimpiazzati ma compensati con le operazioni di demansionamento/rimansionamento già previste nell’accordo sulle competenze avanzate ed ora sottintese dal comma 566.

Sulla base di questa “*disperazione controriformatrice*” delle Regioni si sono innestati in modo speculativo gli interessi più diversi un po’ come fanno quegli uccelli che mangiano tra i denti dell’ippopotamo quando sbadiglia:

- l’Ipasvi dopo 20 anni si ritrova nella bocca dell’ippopotamo con una professione in balia di ogni sorta di manovra economicistica e che tenta di svendersi la disperazione delle Regioni come una sua conquista compreso la L.43 del 2006 (infermiere specialistico) come una cosa nuova del comma 566...i sindacati a ruota,
- la Fnomceo che, per i problemi di incompatibilità del suo presidente, aiuta la presidente dell’Ipasvi, anche lei senatrice, a stare nella bocca dell’ippopotamo, sottoscrivendo con lei una inane proposta di riordino degli ordini (QS 4 agosto 2014) ma soprattutto spalleggiandosi a vicenda contro l’accusa di incompatibilità.

E...dall’altra parte...quasi contro-stanti... tanto i medici...che gli infermieri...meschini...che stanno a guardare tra imbarazzo e sconcerto...quasi in balia di un destino prescritto.

Da ultimo per comprendere davvero l’anatomia di questo delitto compreso tra la Toscana, il comma 566, la Fnomceo, l’iparvi, i sindacati, il ministero della Salute, va scovato colui che ha reso tutto possibile, cioè il contesto che ha fatto di tutti costoro i complici dello stesso delitto. Questo contesto favorente è marcato PD. Dalla Toscana...fino al comma 566, il PD è il denominatore comune che tutto tiene insieme ...per cui...non è logicamente sbagliato sostenere che la sentenza del Tar di Trieste...è una sentenza contro il PD considerandolo di fatto colpevole di aver tradito il buon senso, l’etica pubblica, il bene comune.

Morale della storia: il riordino della Toscana, il comma 566 andranno a finire male e come tutti i delitti, ricordo la sentenza del Tar di Trieste, finiranno in qualche tribunale. Ciò nonostante il vero colpevole la farà franca. In tribunale non andrà né il presidente Rossi, né i senatori Bianco e Silvestro, né i responsabili sindacali, e meno che mai i responsabili del ministero della Salute...ma andranno operatori contro altri operatori. I veri colpevoli continueranno ad essere...indifferenti...e...contro riformando contro riformando...creeranno altra anomia..facendoci diventare sempre più servi....

Accanendosi a distruggere la sanità pubblica come gli hooligans contro la barcaccia del Bernini, giustificati assurdamente dai loro indicibili limiti personali.

Ivan Cavicchi

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Iss, Aifa e Agenas sotto lo stesso tetto (all'Iss). Nasce la

Tecnostruttura della salute pubblica

Iss, Aifa e Agenas tutte e tre insieme appassionatamente sotto uno stesso tetto. Quello di 44mila mq dell'Istituto superiore di sanità in viale Regina Elena a Roma. Il progetto, in tempi neppure lunghi, sta prendendo corpo. Per dar vita a quella che viene già ribattezzata la «Tecnostruttura» della sanità pubblica. Una sorta di Cittadella della scienza sanitaria e manageriale della salute in capo al Ssn. Per fare sempre più rete, creare il maggior dialogo possibile tra le tre strutture, favorire il massimo possibile di sinergie, nel rispetto della reciproca autonomia e dei reciproci ruoli. Questo nelle ambizioni. Evitando invasioni di campo, se mai potranno capitare. E risparmiare.

Dietro c'è la voglia di fare sinergia. Di fare vasi comunicanti. Di stare il più possibile a stretto contatto di gomito. È la stessa ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, del resto, la prima e massima sponsor del progetto. Anche con l'obiettivo di fare un pezzo di quella spending review nelle "cose" dell'amministrazione centrale che s'è persa nei meandri delle speranze, come ha certificato appena ieri la Corte dei conti nella relazione alle Camere sulle prospettive dei conti pubblici dopo la legge di stabilità, nella congiunzione astrale della riduzione dei tassi di interesse (6 mld di risparmi), del calo del prezzo del greggio, del Qe che ci arriva dalla Bce guidata da Mario Draghi. Un approccio al risparmio che pare essere piaciuto assai al ministero dell'Economia. E anche al Catasto.

Tutto in 44mila metri quadri. E dunque, ecco l'idea. Nella sterminata cittadella di 44mila mq oggi occupata interamente dall'Iss, con una sorta di concessione gratuita perpetua dal Catasto, arriveranno anche Aifa e Agenas. I progetti di fattibilità sono allo studio, sembra alla sapienza. Ma ciascuno dei tre Istituti-Agenzie si stanno attrezzando per la propria parte. L'operazione del resto non sarà semplice da realizzare, perché comporterà un'opera massiccia di interventi di ristrutturazione e di preparazione di habitat (anche tecnologici) ideali per ciascun ente. La sede dell'Iss d'altra parte merita già ora, e solo per l'Iss, opere di manutenzione importanti. Ma l'operazione procede, sembra non siano questi i problemi. I problemi nel caso saranno i tempi della nascita della «Tecnostruttura», un segno che Lorenzin vuole lasciare. E che nei tre enti, a quanto è dato sapere, non è accolta con dispiacere. Magari tra i dipendenti potrebbero esserci più mugugni, diciamo così.

Posti per 2.850 persone. I numeri dell'operazione sono interessanti. Interesseranno in totale 2.500 persone, a cui trovar posto. L'Iss contava nel 2013 circa 1.600 dipendenti fissi e altri 400 tra tempo determinato e precari. Con 7 dipartimenti e 5 centri, per un'attività di grande importanza per il Ssn, e non solo. La necessità di riorganizzazione interna è da tempo allo studio dell'Istituto: ci sarebbero molti spazi sotto utilizzati, si afferma da tempo ai vertici, e qualche doppione. Va da sé, si afferma però in ambienti sindacali, che «siamo stipati come conigli: come potranno essere ospitate almeno altre mille persone e tutto quello che serve ai due enti per funzionare?». La paura, sotto sotto, è di perdere appeal e ruolo. Di depotenziare l'Iss. Ma tutti ai vertici smentiscono. «Veniamo tutti potenziati, a cominciare dall'Iss – dicono dagli altri due enti –. I laboratori, la grande storia dell'epidemiologia

dell'Istituto verrà messa sempre più in luce, e più utilizzata».

Risparmi per 4,5 mln? Poi c'è il lato spending. Il risparmio. L'Aifa, per dire, ha circa 400 dipendenti e aspetta (spera) di averne altri 200. E un parco di consulenti. Fatto sta che paga d'affitto nella mega sede di via del Tritone nel centro di Roma 3,8 mln di affitto l'anno alle assicurazioni Generali. Mentre l'Agenas conta poco più di 50 dipendenti e un parco di almeno 200 collaboratori spesso in sede. Gli uffici centrali sono in via Puglie a Roma in immobili di proprietà, mentre l'altra sede romana costa circa 700mila euro l'anno d'affitto. Denari che si risparmierebbero, mentre gli immobili di proprietà potrebbero essere venduti per fare cassa. Quando tutto partirà.

GIURISPRUDENZA **Cartella clinica: vietato compilarla in ritardo**

Commette omissione d'atti d'ufficio, previsto e punito dall'articolo 328 del Codice penale, comma 1, il primario responsabile del reparto, nella fattispecie ortopedico, che non compila e non controlla l'operato dei suoi collaboratori accettando l'imperfetta compilazione dei documenti clinici e il loro mancato inoltro, addirittura dopo anni, al servizio che si occupa del rilascio delle copie. Questa è l'opinione della VI sezione della Cassazione penale che nella sentenza n. 6075/2015 del 10 febbraio, pur annullando per avvenuta prescrizione il precedente di condanna della Corte d'appello di Catania, l'ha confermato nel merito ai fini civili.

La cartella clinica ha la funzione di garantire la compiuta attuazione del diritto alla salute, a prescindere dalla presenza di un'urgenza sanitaria conseguente alla prosecuzione del trattamento, posto che le conseguenze impreviste delle terapie somministrate ben potrebbero profilarsi a distanza di tempo e richiedere un immediato accertamento. Inoltre, il paziente che la richiede è titolare di un diritto alla ricezione tempestiva degli atti. Conseguentemente, la cartella clinica deve essere sempre formata senza ritardo, risultando sempre funzionale a ragioni di sanità. Del resto, data l'ampiezza della tutela riconosciuta al diritto fondamentale alla salute dall'articolo 32 della Costituzione, oltre che la tutela del diritto alla privacy, non appare possibile limitare il diritto dell'interessato all'immediato rilascio all'ipotesi di prosecuzione delle cure, poiché l'utente non è tenuto a esplicitare le ragioni della sua richiesta. In quest'ottica, il primario che sovrintende al reparto diventa responsabile della tenuta dei documenti del reparto che sovrintende.

«La supremazia del paziente sul diritto alle informazioni che lo riguardano», afferma la sentenza, è un diritto «incondizionato e non deve essere sorretto dall'illustrazione della causale» al pari dell'importanza clinica del documento che rappresenta, in maniera necessariamente congruente sul piano temporale con l'attività compiuta l'indicazione di tutti gli interventi effettuati sul paziente, e assolve a plurime funzioni, tutte fondate sulla necessità di ricostruire ex post, a qualsiasi fine, l'appropriatezza degli interventi. E questo al fine di valutarne gli effetti, la possibile sinergia con ulteriori iniziative sanitarie, e quindi consentire l'adeguatezza di queste ultime, tutte comunque ricollegabili alla tutela della salute intesa nella sua accezione più ampia,

che prescinde dalle esigenze di intervento immediatamente successivo per la prosecuzione delle cure, e comprende il necessario dovere informativo nei confronti del paziente su quanto effettivamente somministratogli o eseguito durante il ricovero «e ciò», afferma la sentenza, «anche al fine di armonizzazione delle successive cure, e di individuare, per l'ipotesi di effetti negativi, le possibili cause».

DOCTOR 33. IT

Part-time a fine carriera. No dei medici ospedalieri: non fa entrare più giovani

«Il part time a fine carriera non mi pare la soluzione per garantire l'accesso dei giovani colleghi all'ospedale: non sblocca di per sé il turn-over e dimezza sia lo stipendio sia i contributi pensionistici in un momento importante della vita». La proposta di favorire il ricambio generazionale con il part time, magari negli ultimi 3 anni di carriera come indicato nel disegno di legge a firma di **Nerina Dirindin** e **Annalisa Silvestro**, torna alla ribalta nell'Indagine sulla sostenibilità del Ssn della Commissione Sanità del Senato ma non convince **Riccardo Cassi** presidente del sindacato ospedalieri Cimo. Peraltro, Cassi condivide i passaggi in cui la Commissione bocchia il ricorso all'outsourcing da parte delle aziende sanitarie. «Lo ha detto pure il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin a Piazza Pulita: la sanità pubblica è stata impoverita dal ricorso alle esternalizzazioni di servizi: ricorrendo a esterni non è stato garantito il ricambio generazionale nelle strutture, quella "successione" di personale adeguatamente formato fondamentale per gli specifici servizi». Tra le soluzioni però la Commissione cita - oltre a provvedimenti per preservare il personale (in emergenza, terapia intensiva, trapianti) e ai vincoli al blocco del turnover- specifici "disegni di legge" pro part time a fine carriera. «Cimo è favorevole al part-time e a forme di flessibilità ma lungo l'arco della carriera, nella maternità o per alcune superspecialisti non impiegati ad orario pieno. Utilizzarle a fine carriera mi preoccupa soprattutto nei risvolti previdenziali: Tfs e pensione - ricorda Cassi - sono calcolati sull'ultimo stipendio, e se il medico non interviene con suoi contributi figurativi chi mette i soldi, lo stato? Sarebbe paradossale impiegare in favore del medico "senior" a part-time risorse da utilizzare per assumere dei giovani». Secondo ragionamento di Cassi: abbattere gli orari di lavoro del "senior" non libera automaticamente ore di lavoro di giovani medici. Il ragionamento è che, se il turn over resta bloccato e si può assumere un solo medico ogni due che si pensionano, le ore di servizio lasciate libere dal senior a part-time tutt'al più sono recuperate a metà. «Noi abbiamo bisogno di sbloccare il turn-over a partire da una modifica delle regole d'accesso al Servizio sanitario», sintetizza Cassi. «Su questo c'è una proposta delle regioni incardinata, oggetto di duro confronto con l'Università: se si potessero assumere giovani laureati formandoli nell'ospedale - come avviene nel resto d'Europa - avremmo gli auspicati inserimenti a 26-27 anni, nonché continuità formativa e nei servizi, e percorsi virtuosi dove il medico anziano fa meno guardie e

più ore di tutoraggio. Certo, la proposta delle regioni crea un medico pagato meno, e definito "pre-dirigente" quasi la dirigenza fosse un valore anziché un insuccesso storico, ma nel complesso la strada intrapresa mi sembra più giusta».

Università. Rientro dall'estero senza test: l'ennesima sentenza dice sì

Per essere trasferiti in una università italiana dall'estero non è necessario sostenere il test di ammissione. Lo ha stabilito l'ennesima sentenza favorevole a uno studente, che, dopo aver frequentato i primi anni di odontoiatria all'Università di Tirana aveva fatto richiesta di trasferimento all'ateneo Magna Grecia di Catanzaro, che però aveva rifiutato la sua domanda. L'ultimo di una lunga serie di casi analoghi che, come sottolinea il segretario generale Fnomceo **Luigi Conte**, conferma il «ruolo destabilizzante della magistratura» che, del resto «ha buon gioco tenuto conto di una legislazione farraginoso e contraddittoria». E sta qui, secondo il rappresentante dell'ordine dei medici il nodo cruciale. Nel caso specifico è stato annullato l'intero regolamento accademico in base al quale la condizione per accettare una richiesta di uno studente che arriva dall'estero è quella di avere il posto disponibile per l'anno in questione e che il curriculum con esami sostenuti, crediti acquisiti e caratteristiche dell'offerta formativa dell'ateneo di provenienza, venga valutato idoneo dell'ateneo richiesto. «La mancanza di una politica gestionale coerente rende possibile l'incursione della magistratura» riprende Conte. «Un intervento sotto certi aspetti anche legittimo. Quello che manca è l'azione dei ministeri competenti, il Miur nella fattispecie, che noi evochiamo da tempo. Il percorso è più o meno sempre lo stesso. C'è il parere della magistratura, la risposta dell'Università e poi il Tar che annulla la scelta dell'ateneo e impone la sua. Per questo servono confini e regole precise» conclude il segretario Fnomceo «che facciano chiarezza e diano certezze. Ed è solo il Miur che può darle».

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584