

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
13 FEBBRAIO 2014

DALLA SARDEGNA

ASL 2/OLBIA

La Maddalena: cambia l'orario dello sportello Cup-cassa ticket

COMUNICATO STAMPA

Asl Olbia: cambia l'orario dello sportello di prenotazione e riscossione del ticket di La Maddalena. L'attività del Cup dell'Isola verrà garantita dal lunedì al sabato, dalle 08.00 alle 13.00.

Per accedere al Cup è sufficiente contattare il numero 1533, oppure 0789 53659 - 53692, dal lunedì al venerdì, dalla 08:00 alle 18:00: per accedere al servizio bisogna essere muniti di prescrizione medica. È però possibile presentarsi anche allo sportello.

Il Centro Unico di Prenotazione di La Maddalena - anche cassa Ticket, che si trova in via Ammiraglio Magnaghi, all'ospedale Paolo Merlo, da questa settimana apre al pubblico dal lunedì al sabato, dalle 08.00 alle 13.00.

La Asl di Olbia ricorda che il Cup, Centro Unico di Prenotazione, è il sistema di prenotazione centralizzato attraverso il quale l'utente può, attraverso chiamata al numero 0789 53659 - 53692, oppure il numero regionale gratuito 1533, prenotare una qualsiasi visita, sia ambulatoriale che ospedaliera, senza spostarsi dalla propria abitazione. Attraverso chiamata al Cup l'utente potrà venire a conoscenza, in tempo reale, della prima disponibilità utile sul territorio, potendo scegliere, anche sulla base della distanza, dove andare a visita. Per prenotare una visita è sempre necessaria l'impegnativa del medico, ad eccezione delle prestazioni ad accesso diretto, quali le visite ginecologiche, l'esame del visus (per la prescrizione delle lenti), visita odontoiatrica e di neuropsichiatria infantile.

LA NUOVA SARDEGNA

OZIERI Il sindaco Ladu «Parti a rischio, l'Asl riattivi il punto nascita»

«Riattivare immediatamente il punto nascite nell'ospedale di Ozieri». Questa la richiesta del sindaco Leonardo Ladu, da lui stessa definita «perentoria e irrevocabile», rivolta ieri alla Asl di Sassari e soprattutto all'assessore alla Sanità della Regione Sardegna in seguito alla drammatica morte di una bimba avvenuta martedì mattina nell'ospedale Segni. La richiesta è contenuta in una nota diramata ieri: l'ultima di una lunga serie, dice il primo cittadino, che ricorda come tra tutti i punti nascita sardi che contano meno di 500 parti all'anno solo quello del Segni sia stato chiuso. Si tratta in realtà di una "sospensione" del servizio, sottolinea Ladu, e non di una vera e propria chiusura, che fu decisa, come a suo tempo spiegò l'Asl, «per motivi di sicurezza». Il che, dice ancora il sindaco, «faceva intendere che si sarebbero assunte decisioni per rimuovere le cause dell'insicurezza». Ma è passato più di un anno e

ancora non si è deciso niente. «Abbiamo invitato la direzione a desistere da tali intenti - scrive ora Ladu - e comunque a garantire il massimo di assistenza alle partorienti in attesa di assumere decisioni definitive relative al riordino del servizio punto nascite in Sardegna, per il quale la Regione ha istituito un'apposita commissione di studio. Niente è stato fatto presso l'ospedale di Ozieri, anzi si è di fatto chiuso illegittimamente il servizio e di conseguenza purtroppo è avvenuto quello che paventavamo: il dramma di una mamma e di una famiglia cui non è stata garantita la normale e dovuta assistenza nel momento delicato del parto. Ora chi ha responsabilità dovrà risponderne». Non si vuole sottovalutare il fatto che, per motivi di regresso demografico, si impone in Sardegna una riorganizzazione del servizio dei punti nascita - prosegue Ladu - «ma è chiaro che le scelte fatte a danno dell'ospedale di Ozieri non dipendono solo dalla diminuzione dei nati ma da una politica aziendale che ha progressivamente smantellato un servizio che fino a qualche anno fa era di eccellenza». Da Cagliari a Lanusei, da Iglesias a Tempio, da Carbonia ad Alghero sino a La Maddalena: sono otto i punti nascita rimasti attivi anche se non raggiungono i 500 nati all'anno. Solo Ozieri, che pure è centro nevralgico nel territorio, ha subito la chiusura. Una decisione assurda, che va cambiata prima di dover assistere ad altri drammi come quello avvenuto nei giorni scorsi.

L'UNIONE SARDA

OZIERI [Bimba nata morta: l'ira del sindaco](#)

Dura presa di posizione del sindaco Leonardo Ladu sulla vicenda della bambina nata morta all'alba di martedì all'ospedale. In attesa che le indagini chiariscano le cause che hanno compromesso la nascita della piccola, l'episodio ha provocato commozione in città ma anche sdegno per il fatto che il punto nascite del Segni è ormai chiuso da tempo. Il sindaco Ladu chiede all'assessore regionale alla Sanità e al direttore della Asl di Sassari l'immediata riapertura del punto nascite per evitare che simili drammi si ripetano.

«La Asl di Sassari aveva comunicato oltre un anno fa, di dover sospendere e non chiudere, il servizio punto nascita di Ozieri, per motivi di sicurezza - scrive Ladu - Abbiamo invitato la direzione a desistere e comunque a garantire il massimo di assistenza alle partorienti, in attesa che la Regione assuma decisioni definitive sul riordino». Ladu richiama l'accordo Stato-Regioni che stabilisce lo standard minimo di 1000 nascite anno per i punti nascite, prevedendo però deroghe fino a 500.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

[Ultimatum dei ginecologi: ospedali assicurati entro aprile o bloccheremo sale operatorie](#)

Non solo le sale parto, ma anche le sale operatorie potrebbero chiudere un giorno per sollecitare la legge sulla responsabilità medica. A un anno dal blocco delle sale parto le società scientifiche Sigo e Aogoi, i sindacati (Fesmed, Cimo, Aaroi), le associazioni di chirurghi Cic e Acoi, e persino le ostetriche, tornano a minacciare uno stop se non arriveranno nuove regole sulla responsabilità medica, e se non vigerà in breve la legge che

chiude i punti nascita con meno di 500 parti l'anno, fenomenologia troppo bassa per evitare imprevisti fatali. «Noi chiediamo che le azioni risarcitorie dei pazienti siano indirizzate sempre all'azienda e che tutti gli ospedali siano assicurati, anche con fondi del bilancio regionale. Quest'ultima soluzione - afferma **Nicola Surico** presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi-Cic - ha funzionato nelle regioni ove è stata applicata (Piemonte, Liguria, Toscana) ma dove poi si è tornati ad assicurare con una compagnia sono state imposte franchigie alte. In questi casi le strutture, versato il risarcimento, tendono a chiedere la rivalsa al medico, ma anche all'infermiere professionale e all'ostetrico, non sempre coperti con polizza Rc e tutela legale. Singoli operatori si sono sentiti chiedere 250 mila euro. Non si può lavorare così. Tra l'altro - rimarca Surico - si rischia di passare da una medicina difensiva in cui si eccede in richieste di esami cautelativi, ad una medicina astensiva in cui il chirurgo non opera casi gravi per evitare il rischio di denunce. Così i vuoti della normativa italiana si traducono in vuoti nell'offerta di prestazioni nel nostro paese». In Parlamento ci sono sette proposte di legge sulla Rc medica, sei alla Camera e una in Senato (quella del presidente Fnomceo Amedeo Bianco, ndr). «Il Ministero della Salute ci ha chiesto un ddl unico, e in questi giorni - rivela Surico - sto diramando alle Società scientifiche la bozza che sintetizza le sette proposte e dà suggerimenti. Il testo finale sarà girato al Ministro che ne dovrebbe fare un disegno di legge governativo o un decreto legge. Ci aspettiamo l'approvazione in due mesi, e non escludiamo che la legge passi già in Commissione in sede deliberante, chance possibile ove si raggiungesse l'unanimità. L'incognita sono i tempi della politica: ma noi non possiamo aspettare».

Responsabilità medica, l'Osservatorio giovani Fnomceo ha preparato un vademecum

«Al momento dell'abilitazione all'esercizio della professione, il giovane medico non è ancora sufficientemente edotto sulla responsabilità civile professionale e sul modo migliore di rapportarsi alla necessità di stipulare una assicurazione». **Domenico Montemurro**, uno dei coordinatori dell'Osservatorio giovani professionisti della Fnomceo, spiega che questa constatazione è stata alla base della decisione di redigere un vero e proprio vademecum, indirizzato ai nuovi camici bianchi, per aiutarli a districarsi in una tematica talvolta molto complessa. «Alcune università offrono insegnamenti generali sulla materia» dice Montemurro «ma se un medico specializzando riceve un avviso di garanzia, non è certo preparato ad affrontare la situazione». Per questa ragione, il vademecum ha un taglio essenzialmente pratico e riunisce in otto pagine, scaricabili gratuitamente dalla pagina Facebook dell'Osservatorio, le norme sulla responsabilità medica e cosa deve coprire la polizza assicurativa. «Quali elementi bisogna considerare al momento della stipula di un'assicurazione? Come scegliere la polizza e quali sono i diversi profili di responsabilità previsti? Come comportarsi in caso di sinistro? Sono queste» riassume Montemurro «le domande chiave che trovano risposta in questo vademecum». Il documento riassume l'inquadramento legislativo e ai fini dell'assicurazione per i diversi profili professionali interessati: medici in formazione specialistica, medici in formazione specifica in medicina generale e odontoiatri. Pur non essendo preparati sull'argomento, i timori legati all'enorme diffusione del contenzioso si sono allargati a macchia d'olio anche tra gli studenti e il giovane esponente della Federazione nazionale degli ordini dei medici conferma che «molti neolaureati rifuggono dalle specialità maggiormente a rischio e non vogliono più fare il chirurgo o l'ortopedico a causa del profilo di rischio eccessivamente elevato».

Sisac conferma, atto di indirizzo vicino. Non impossibili risorse nuove

Sta per arrivare l'atto d'indirizzo che apre la trattativa tra regioni e medici di famiglia per la nuova convenzione "a costo zero". Dopo che la Fimmg, stanca di ritardi, ha dichiarato l'agitazione, gli assessori Luca Coletto, capodelegazione in conferenza delle regioni, e Claudio Montaldo, alla guida del comitato di settore preposto a scrivere l'atto, hanno replicato l'altro ieri che stavano per trasmettere "a ore" il documento alla Sisac, la struttura interregionale che contratta l'accordo nazionale con i sindacati. «L'atto ci dovrebbe arrivare molto presto», conferma **Franco Rossi** coordinatore Sisac. «È passato prima di Natale in commissione salute (il board degli assessori guidato da Coletto; nell'occasione la bozza pubblicata da alcuni media fu criticata dai sindacati, ndr); mi risulta inoltre sia stato fatto un passaggio in conferenza delle regioni. Per legge segue un passaggio in Consiglio dei ministri, e di qui l'invio alla Sisac per il licenziamento definitivo». Abbiamo anche chiesto se il ritardo è dovuto più alla necessità di allineare l'atto di indirizzo per i Mmg a quello per i medici ospedalieri o più all'incombente patto della salute da cui le regioni attendono numeri certi sul fondo sanitario nazionale 2014-2016. Le risposte però le abbiamo ottenute da addetti ai lavori degli assessori partecipanti al Patto, che – stando alle ultime indiscrezioni - potrebbe metter mano a una riforma sanitaria innovando la legge Balduzzi: la stessa che oggi impedisce di finanziare contratti e convenzioni dei medici. La scorsa estate, persistendo il blocco degli aumenti, le regioni avevano chiesto al governo il via per aprire un tavolo solo per la parte normativa. Il governo, in ritardo, ha dato l'ok tanto al tavolo degli ospedalieri quanto a quello dei Mmg. Si poneva il problema di licenziare gli atti di indirizzo in parallelo, ma per procedere con i medici ospedalieri occorrono alcuni passaggi legislativi propedeutici, che dovrebbero determinarsi proprio al patto per la salute. Lo stesso patto – e questa è, in prospettiva, una notizia – potrebbe, modificando la legge Balduzzi, destinare risorse aggiuntive per potenziare il territorio, di cui si gioverebbero gli stessi medici di famiglia. Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, in recenti interviste, ha ventilato che urge finanziare il territorio: «i Mmg devono poter intercettare i bisogni dei pazienti».

DIRITTO SANITARIO Irap Mmg: rimborso a rischio con dati contraddittori

Il fatto

L'Agenzia delle Entrate ha impugnato dinanzi alla Corte di Cassazione una sentenza della Commissione Tributaria Regionale di Firenze che, a conferma del provvedimento di primo grado, aveva riconosciuto l'illegittimità dell'atto di silenzio-rifiuto tenuto dall'Ufficio alla richiesta di rimborso Irap avanzata da un medico convenzionato con il Ssn, con conseguente diritto al recupero degli importi precedentemente versati a titolo di imposta.

Profili giuridici

La Corte di Cassazione ha accolto il ricorso osservando, tra gli altri aspetti, che rilievi dell'Agenzia delle Entrate avevano riportato puntualmente la sussistenza ed apprezzabilità quantitativa di beni strumentali, spese relative ad immobili e compensi corrisposti a terzi, introducendo un severo dato di contraddizione del quadro giustificativo generale, facendo così risaltare la differenziazione organizzativa dell'attività del medico-contribuente quale assunta proprio attraverso le risorse materiali e contrattuali emerse dalle dichiarazioni dei redditi e dai modelli presentati negli anni di riferimento.

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

DIRITTO SANITARIO Due studi giustificano il rimborso Irap

L'agenzia delle Entrate ha proposto ricorso per Cassazione contro la sentenza della Commissione tributaria regionale del Veneto che aveva respinto l'appello proposto dall'Ufficio affermando che in effetti la dottoressa convenzionata con il Ssn aveva diritto al rimborso dell'Irap. È da escludersi la sussistenza del requisito dalla autonoma organizzazione, rilevante ai fini dell'assoggettamento a Irap, anche quanto il mmg utilizzi due studi, ciò infatti, secondo la Corte, costituisce solo uno strumento per il migliore esercizio dell'attività professionale autonoma e una maggiore comodità per il pubblico.

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

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Ginecologi e ostetriche. Ultimatum a Governo, Parlamento e Regioni: “Pronti a un nuovo sciopero per legge su responsabilità professionale e sicurezza Punti nascita”

Ad un anno dallo sciopero nazionale del 12 febbraio 2013 che paralizzò le sale parto italiane, le due categorie sono di nuovo in stato di agitazione. "Nessuna delle nostre richieste di allora, per una legge sulla responsabilità professionale e per l'applicazione del Piano nazionale punti nascita, ha trovato eco nelle istituzioni. Ora basta". Impegni precisi o sarà sciopero ancora una volta.

Il 12 febbraio dello scorso anno la ginecologia italiana, con il forte appoggio di tutta la classe medica, incrociava le braccia attuando il primo sciopero nazionale delle sale parto pubbliche e private. Due le richieste dell'epoca: messa in sicurezza dei punti nascita e una nuova legge sulla responsabilità professionale per limitare il contenzioso medico legale. A distanza di un anno nulla di quanto richiesto dai medici è stato attuato. Per questo i ginecologi e le ostetriche italiani tornano in stato di agitazione e si dichiarano pronti a un nuovo sciopero nazionale se Parlamento, Governo e Regioni non daranno risposte adeguate. Una posizione che ha già avuto l'adesione di numerose organizzazioni sindacali e associazioni scientifiche mediche.

La posta in gioco è alta. I ginecologi denunciano come la sicurezza delle pazienti che si rivolgono ad alcune strutture sanitarie per partorire sia a rischio. Le raccomandazioni previste dall'Accordo Stato-Regioni del 2010 - dalla chiusura dei punti nascita che effettuano meno di 500 parti l'anno alla guardia ginecologica e pediatrica attiva h24, fino ad un numero adeguato di ostetriche nei reparti e alla predisposizione di sale operatorie vicino alle sale parto - non sono applicati in tutto il Paese. Intanto si continua a morire di parto, come è accaduto la scorsa estate in Sicilia dove una donna ha perso la vita in un punto nascita che avrebbero dovuto chiudere già dal 2012, ma che ha continuato a operare nonostante tutto.

“Basti pensare che secondo gli ultimi dati disponibili del Piano Nazionale Esiti di Agenas-Ministero Salute relativi al 2012, sono 128 i punti nascita (su un totale di 536 strutture tra pubblico e privato) che effettuano meno di 500 parti l’anno (in Campania e Sicilia il numero più elevato) – spiegano -. A noi, sperando di essere smentiti, non risulta alcuna chiusura di questi presidi. Considerando che nel 2010 il ministro Fazio parlava di 158 punti nascita da chiudere o mettere in sicurezza perché con meno di 500 parti l’anno, da allora ad oggi se ne sarebbero chiusi in realtà non più di una trentina e cioè meno del 20%”.

A pagare un prezzo altissimo non sono solo mamme e bambini, ma tutti i pazienti che si rivolgono alle strutture che non sono adeguatamente attrezzate per affrontare le urgenze e nelle quali i medici e i professionisti sanitari sono costretti ad operare in condizioni di rischio, “senza il paracadute” delle moderne tecnologie e talvolta, anche senza le apparecchiature indispensabili per una moderna medicina. Tutto questo, denunciano i camici bianchi, impedisce ai professionisti di operare al meglio e con la dovuta serenità, esponendoli ai contenziosi medico-legali. Inoltre, la mancanza di tutele assicurative allontana sempre di più dalle sale parto e dalle sale operatorie i giovani medici, che non possono far fronte alle spese esorbitanti delle polizze che sono costretti a stipulare anche semplicemente per apprendere la professione.

Durante l’ultimo anno la questione della Responsabilità professionale in campo sanitario si è ulteriormente aggravata. Un numero crescente di aziende sanitarie non sta rinnovando la polizza assicurativa per la responsabilità civile, prevista dal contratto di lavoro e sta utilizzare sempre più spesso il “sotterfugio” della ‘auto-assicurazione’. “Con il semplice accantonamento di una somma modesta - spiegano i ginecologi - le Asl eludono il contratto di lavoro e non stipulano la polizza assicurativa, con la connivenza delle Regioni e tra l’indifferenza della magistratura. Inoltre, dovendo pagare gli indennizzi ai danneggiati con fondi propri, le stesse aziende cercano in tutti i modi di riversare sui medici la responsabilità sanitaria, ipotizzando regolarmente che abbiano commesso una ‘colpa grave’. I contenziosi alla Corte dei Conti aumentano e il medico, oltre che dal paziente, si trova a doversi difendere anche dalla propria azienda”.

La legge “Balduzzi” (189/2012) stabiliva che, su proposta del Ministro della salute, entro il 30 giugno 2013, venisse emanato il decreto del Presidente della Repubblica finalizzato ad agevolare l’accesso alla copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie. I tavoli tecnici che il Ministero della salute aveva convocato a questo scopo hanno concluso i loro lavori da oltre sette mesi e del decreto “non si vede traccia; e intanto le compagnie assicurative si ingrassano”.

In parlamento giacciono da mesi diverse proposte di legge sulla responsabilità del personale sanitario e non si sa quando verranno discusse. “La facilità con la quale si riescono ad ottenere degli indennizzi per presunti errori sanitari è arrivata ad un livello tale che la stessa rete televisiva nazionale fa passare degli spot pubblicitari che promuovono, senza anticipo, la denuncia di qualsivoglia esito non favorevole delle cure - hanno spiegato i ginecologi -. In pratica, i promotori dell’offerta sono convinti che riusciranno ad ottenere un indennizzo nella stragrande maggioranza dei casi”.

Intanto la medicina difensiva continua a sprecare ogni anno oltre 12 miliardi di euro. A tanto ammonta il costo della medicina difensiva, tra esami e interventi inutili effettuati di fatto solo per “auto protezione” da parte dei sanitari, nella speranza di evitare possibili contenziosi futuri con i pazienti e i loro avvocati. Spese inutili confermate dal Ministro della salute, Beatrice Lorenzin. Un fenomeno preoccupante che nessun provvedimento riesce ad arginare. Neanche la legge Balduzzi, infatti, ha offerto soluzioni. Le norme, come

asseriscono gli stessi magistrati, sono sostanzialmente inutili, perché non innovano in alcun modo l'attuale legislazione non tenendo conto della specificità dell'atto medico e sanitario. La medicina non è una scienza esatta ed esiste un margine di rischio inevitabile in ogni atto medico, che deve essere considerato in sede giudiziaria.

L'ultimatum dei ginecologi. A un anno di distanza riscontriamo che nessuna delle nostre richieste ha trovato seguito – hanno dichiarato i ginecologi – anzi, per certi versi la situazione si è ulteriormente aggravata. “Per questo motivo, proclamiamo lo stato di agitazione della categoria e sollecitiamo Governo, Parlamento e Regioni all'assunzione di impegni concreti, con scadenze precise, per arrivare nel più breve tempo possibile al varo di provvedimenti che arginino le richieste di indennizzi per presunti danni da errori sanitari, che pongano un freno alla medicina difensiva, che ridiano la dovuta serenità, nella presa in carico del paziente, a tutti gli operatori della sanità e per la messa in sicurezza dei punti nascita e delle sale operatorie italiane - hanno concluso -. In mancanza di risposte adeguate ci riserviamo di organizzare manifestazioni sensibilizzanti e di proclamare lo sciopero”.

Approfondimenti:

- **Trojano (Aogoi):** [“Non ci battiamo per privilegi ma per la messa in sicurezza del percorso nascita”](#)
- **Scollo (Sigo):** [“Le strutture pericolose vanno chiuse. I medici sono stanchi di pagare”](#)
- **Surico (Cic):** [“La chiusura dei piccoli punti nascita e dei piccoli ospedali è una battaglia per la sicurezza”](#)
- **Colacurci (Agui):** [“Il rischio di contenziosi medico legali allontana i giovani dalla sale parto”](#)
- **Gigli (Fesmed):** [“Un anno di silenzio dalle Istituzioni”](#)
- **Fattorini (Agite):** [“Le nostre rivendicazioni si conciliano con gli interessi della società”](#)
- **Presenti (Acoi):** [“La medicina difensiva è un'aberrazione grave della professione medica”](#)
- **Barbieri (Cimo):** [“Per il problema della colpa medica puntiamo sul Sistema no blame”](#)
- **Marchi (Aio):** [“La carenza di organici espone ostetriche, medici e pazienti a rischi”](#)

Droga. La Consulta "boccia" legge” Fini-Giovanardi. No all'equiparazione tra droghe leggere e pesanti

La Consulta boccia la legge del 2006 che equipara le droghe leggere a quelle pesanti. “Nella norma di conversione - dice la Consulta - furono inseriti emendamenti estranei all'oggetto e alle finalità del decreto”.

“La Corte costituzionale – si legge nel comunicato stampa - , nella odierna (leggi ieri) Camera di consiglio, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale – per violazione dell'art. 77, secondo comma, della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti-legge – degli artt. 4-bis e 4-vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n. 272, come convertito con modificazioni dall'art. 1 della legge 21 febbraio 2006, n. 49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli articoli 73, 13 e 14 del d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo unico in materia di stupefacenti)”. Con la decisione rivive la legge Iervolino-Vassalli come modificata da referendum del '93, che prevede pene più basse per le

droghe leggere.

A sollevare la questione di legittimità della legge era stata la Corte di Cassazione per violazione dell'articolo 77 della Costituzione, perché nel 2006 nella legge di conversione del decreto furono inseriti molti emendamenti che, secondo la Suprema Corte, erano estranei all'oggetto e alla finalità del testo di partenza. (Le nuove norme erano state inserite con un emendamento, in fase di conversione, nel decreto legge sulle Olimpiadi invernali di Torino del 2006). Con la decisione della Consulta viene così cancellata la norma con cui si erano parificate "ai fini sanzionatori" droghe pesanti e leggere: con la Fini-Giovanardi erano infatti state elevate le pene, prima comprese tra due e sei anni, per chi spaccia hashish, prevedendo la reclusione da sei a venti anni con una multa compresa tra i 26mila e i 260mila euro.

Salute e burocrazia. Per gli italiani l'accesso alle prestazioni è un incubo. Indagine della Funzione Pubblica

Nella inedita classifica stilata dal ministero dopo un sondaggio, la sanità è al terzo posto tra le procedure burocratiche "più complicate". Problemi per la prescrizione di farmaci per le malattie croniche, difficoltà anche per ottenere i referti. Per non parlare delle procedure per i disabili. La consultazione pubblica lanciata dal Ministero per la PA e Semplificazione.

La scelta del medico di base on line, la prenotazione di prestazioni sanitarie direttamente dal medico di base e la prescrizione dei farmaci per i malati cronici, le modalità di pagamento del ticket e di rilascio dei referti. Sembrano azioni semplici, ma sono delle vere e proprie imprese per gli italiani. Tanto che le hanno segnalate come terza area critica per "complicazioni burocratiche", seguita, al quarto posto, dalle procedure per i diversamente abili, contro le quali si segnalano soprattutto la ripetitività degli adempimenti, particolarmente onerosi, richiesti per il riconoscimento dell'invalidità, per il contrassegno per l'auto, per le agevolazioni fiscali, etc.

A stilare la classifica delle procedure burocratiche più odiate dagli italiani è stato il Ministro per la PA e la semplificazione **Gianpiero D'Alia** (in collaborazione con la Conferenza dei Presidenti delle Regioni, l'ANCI e l'UPI), che ha lanciato una consultazione pubblica ([vedi le prime statistiche sulla partecipazione](#)) con l'obiettivo di raccogliere le indicazioni, le proposte e le priorità d'intervento sulle "100 procedure da semplificare" per snellire il carico burocratico che pesa sui cittadini e le imprese.

Dai risultati emerge che per le imprese le 5 procedure burocratiche più complicate sono: 1° Adempimenti fiscali, 2° Adempimenti e procedure in materia edilizia, 3° Autorizzazioni e inizio attività d'impresa, 4° Documentazione per gli appalti e Durc, 5° Adempimenti di sicurezza sul lavoro.

Per i cittadini, invece, la top 5 vede al primo posto gli Adempimenti fiscali, poi gli Adempimenti e procedure in materia edilizia. Come detto, il terzo posto è occupato dagli Adempimenti per l'accesso alle prestazioni sanitarie seguiti (quarto posto) dalle Procedure per i disabili. Chiude la classifica gli Adempimenti in materia di Lavoro e previdenza.

La top ten è stata predisposta sulla base delle quasi 2000 segnalazioni pervenute. Il ministero sta ora lavorando a un report dettagliato sui risultati della consultazione, ma intanto ha pubblicato sul suo sito, oltre alla classifica, "le storie, i problemi e i suggerimenti", pervenuti da cittadini e imprese nell'ambito della consultazione pubblica.

Ecco le loro storie per quanto concerne la sanità.

Prescrizione di farmaci per la cura delle malattie croniche

"Numerose patologie croniche richiedono l'assunzione quotidiana di un farmaco per tutta la vita. Nell'attuale organizzazione del sistema sanitario, perlomeno nella mia regione, è necessario recarsi dal medico per farsi prescrivere una ricetta ogni volta che occorre una nuova dose del farmaco. Questa ricetta non può prevedere più di un numero limitato di confezioni, il che significa che ogni due o tre mesi è necessaria una nuova visita dal medico per ottenere una nuova ricetta.

Questo è un evidente spreco di tempo per il paziente, che deve prendere un permesso sul lavoro, e anche per il medico: infatti il farmaco andrà assunto per tutta la vita. (.). Per le patologie croniche, per le quali la cura farmacologica "salvavita" non deve essere aggiustata nel dosaggio, a discrezione del medico curante dovrebbe essere possibile prescrivere una quantità di farmaco sufficiente a coprire almeno un anno di terapia, emettendo più ricette, con l'indicazione della data dopo la quale sono utilizzabili (in modo da evitare sprechi in caso di cambiamenti impreveduti della terapia o di sfortunato decesso del paziente)."

Dipendente privato, Lazio

Semplificazione delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie

"La prenotazione delle visite mediche nel servizio sanitario nazionale via web è ancora una modalità molto limitata.

Eliminare le code per il pagamento ticket alle casse delle strutture introducendo il pagamento elettronico.

Realizzare anche un App per dispositivi mobili per gestire tutte le fasi della prenotazione e del pagamento."

Dipendente privato, Veneto

"Attraverso la tessera sanitaria in dotazione a ciascun cittadino, dovrà essere il medico di base a prenotare direttamente, a nome e per conto del proprio assistito le visite specialistiche, individuando la struttura che, attraverso il CUP, risponde meglio alla richiesta, la quale rilascerà contestualmente alla prenotazione, ricevuta di prenotazione indicando data, ora e luogo della prenotazione, nonché l'importo che dev'essere assolto."

Imprenditore, Lazio

Cambio di residenza e iscrizione alla ASL

"Quando si cambia residenza da una regione all'altra il proprio fascicolo sanitario elettronico viene bloccato (da Lombardia a FVG) e non ci si può più accedere nemmeno in consultazione, nonostante i dati siano di proprietà del cittadino. Inoltre non si capisce perché basti la dichiarazione di residenza al comune per attivare tutti i procedimenti amministrativi connessi al cambio di indirizzo tranne i procedimenti relativi alla ASL. Ad oggi posso dichiarare la residenza al comune tramite PEC, ma devo prendere un giorno di ferie al lavoro per andare a scegliere il medico di base (cosa che finora non ho potuto fare), nonostante abbia una CNS e possa operare tranquillamente on line la mia scelta.

Prevedere, in attesa dell'interoperabilità dei fascicoli sanitari elettronici regionali, l'obbligo per le regioni di consentire al cittadino di potervi accedere in consultazione anche in caso di emigrazione in altra regione (o stato).

Prevedere la contestuale iscrizione alla ASL in caso di cambio di residenza."

Dipendente privato, Lombardia

Disabili. Unificare gli adempimenti ed eliminare le certificazioni inutili

"Una volta ottenuto il certificato di invalidità dalla commissione medica bisogna inoltrare esclusivamente in via telematica all'Inps la richiesta per il relativo assegno d'accompagnamento. Poi bisogna andare alla Asl per farsi rilasciare il cartoncino di esenzione ticket sanitario, presentando il certificato d'invalidità. Poi bisogna andare al comando dei vigili, presentare ancora il certificato e compilare altri moduli per avere il pass invalidi. Poi, se il familiare lavoratore vuole utilizzare i permessi di legge per assistere l'invalido, deve far sottoporre la persona a nuova visita medica. Poi, se si vogliono altre agevolazioni (p.es. ferrovie, trasporto locale) bisogna sempre ripresentare ai singoli sportelli il certificato di invalidità e compilare altra modulistica. E ancora, se l'invalido ha bisogno di pannoloni o simili, altra carta da presentare alla Asl e poi in farmacia per l'acquisto (salvo tempi d'attesa molto lunghi e scarsità del materiale fornito). Se una commissione medica stabilisce l'invalidità di un soggetto e rilascia il relativo certificato, perché deve essere il povero invalido a doversi "muovere" (ma come fa??) per avere ciò che gli spetta di diritto? Nell'era di Internet basterebbe inserire il certificato nel microchip sulla Carta Nazionale dei Servizi e, nel contempo, inviarlo telematicamente alle amministrazioni interessate (Inps e Asl)."

Professionista, Lombardia

Disabili. Unificare degli accertamenti

"Accertamento invalidità civile, riconoscimento legge 104, richiesta pass handicap, agevolazioni per esenzione del bollo, il cittadino deve fare tre diverse domande ed essere sottoposto a tre visite diverse. Considerato che una persona con handicap ha difficoltà ad essere trasportata (...).

La proposta sarebbe di effettuare tutti i riconoscimenti in una unica visita, alleviando le enormi difficoltà dei portatori di handicap e dei loro familiari. e lo stato risparmierebbe sui costi dovendo pagare una unica commissione medica, anche perché l'handicap non può subire variazioni a seconda delle commissioni. nell'unica richiesta il cittadino spunta i riconoscimenti a cui è interessato. Forse in qualche altra regione d' Italia si sono già attivati in tal senso."

Dipendente pubblica, Puglia

Celiachia. In Italia positive alla diagnosi 148 mila persone. Le donne il doppio degli uomini. La relazione di Lorenzin

Il documento contiene le informazioni scientifiche, i dati epidemiologici, la mappa della rete di Presidi accreditati e dei Centri interregionali di riferimento che effettuano prevenzione, sorveglianza e diagnosi di celiachia, nonché tutte le indicazioni utili per chi vuole approfondire tale tematica di grande attualità. LA RELAZIONE AL PARLAMENTO.

Nel 2012 in Italia sono risultate positive alla diagnosi di celiachia 148.662 persone, 2.862 in più rispetto all'anno precedente. Le Regioni in cui si è rilevato un maggior numero di celiaci sono Lombardia, Lazio e Campania. Le donne affette dalla malattia sono più del doppio rispetto agli uomini: 104.334 contro 44.253.

Il documento contiene le informazioni scientifiche, i dati epidemiologici, la mappa della rete di Presidi accreditati e dei Centri interregionali di riferimento che effettuano prevenzione, sorveglianza e diagnosi di celiachia, nonché tutte le indicazioni utili per chi

vuole approfondire tale tematica di grande attualità.

L'unico strumento ad oggi disponibile per contrastare la celiachia è la rigorosa eliminazione del glutine dalla dieta possibile grazie ad un'ampia gamma di prodotti sostitutivi degli alimenti a base di cereali contenenti glutine.

E' necessario che la popolazione non sottovaluti i possibili sintomi e che, nel caso, sia indirizzata a rivolgersi agli specialisti per sottoporsi ai test diagnostici e fare in modo precoce un eventuale diagnosi di celiachia. Oggi tutelare il celiaco significa assistenza e miglioramento della qualità della vita ma soprattutto prevenzione e contenimento della spesa sanitaria per un Servizio sanitario nazionale moderno ed efficiente.

SOLE24ORE/SANITA'

«Impegno Italia»: nel programma presentato da Letta Patto per la salute, lotta al gioco d'azzardo patologico e sanità digitale

Adottare il nuovo Patto della Salute; rafforzare la lotta al gioco d'azzardo patologico; sostenere la pratica sportiva. Sono questi gli obiettivi e le azioni che per il settore sanitario prevede «Impegno Italia», la proposta di patto di coalizione tra i partiti che sostengono il Governo presentata oggi dal presidente del Consiglio Enrico Letta.

Adottare il nuovo Patto della Salute

La sanità, si legge nel documento, è una delle principali voci di bilancio. Ma nonostante questo, sono presenti «forti inefficienze e differenze territoriali delle prestazioni, di cui il crescente fenomeno della migrazione per ragioni sanitarie è un'evidente dimostrazione.

L'impegno preso nel patto è per:

- definire i livelli essenziali di assistenza;
- riorganizzare la rete ospedaliera e dell'assistenza primaria;
- rafforzare la vigilanza e la valutazione delle prestazioni del Ssn, garantendone la trasparenza.

Responsabile dell'attuazione è il ministero della Salute e i tempi previsti sono per la definizione entro il primo trimestre e per l'attuazione entro l'anno.

Rafforzare la lotta al gioco d'azzardo patologico

Quattro italiani su dieci giocano d'azzardo e il fenomeno è in progressivo aumento. In media il 10% di questi giocatori è a rischio dipendenza, con conseguenze drammatiche.

Per questo l'impegno è per:

- dare piena attuazione al Piano di azione nazionale contro il gioco d'azzardo patologico (Gap);
- rivedere la tassazione del gioco d'azzardo anche alla luce dei lavori del tavolo interministeriale e delle indicazioni derivanti dall'ordine del giorno in materia già discusso e

votato dal Parlamento;

- rafforzare le attività di monitoraggio del fenomeno.

La responsabilità in questo caso è della presidenza del Consiglio dei ministri, del ministero dell'Economia, di quello per gli Affari territoriali, della Salute.

Per quanto riguarda i tempi, entro l'anno è prevista la definizione di un atto legislativo e l'attuazione del Piano d'azione.

C'è poi un capitolo in cui si richiamano i debiti delle pubbliche amministrazioni.

Completare il pagamento dei debiti della pubblica amministrazione

Lo stock dei debiti alle imprese non ancora pagati dalla pubblica amministrazione è un freno alla ripresa, si legge nel documento. Il processo avviato nel 2013 (che ha consentito nello stesso anno di pagare 22 miliardi) deve essere completato con il pagamento di tutti i debiti pregressi, di cui va definito rapidamente l'esatto ammontare.

L'impegno in questo senso prevede di:

- pagare entro il primo semestre i 19,8 miliardi già previsti per il 2014 (compresi i 4 miliardi di credito di imposta);

- integrare l'importo dei pagamenti già previsto con un nuovo provvedimento, in particolare, aumentando la componente dei pagamenti in conto capitale;

- consentire l'apporto del sistema finanziario per il pagamento dei debiti restanti, assicurando la piena attuazione di soluzioni innovative diverse da quelle finora seguite (es. effettivo rilascio della garanzia dello Stato sui debiti certificati e attivazione di fondi appositamente costituiti);

- avviare procedure volte a eliminare la creazione di debiti commerciali anomali (sfruttando anche le opportunità connesse con l'introduzione della fatturazione elettronica).

Responsabile è il ministero dell'Economia e la tempistica prevede entro il primo semestre pagamento di 19,8 miliardi previsti per il 2014 (compresi i 4 miliardi di credito di imposta) e un nuovo provvedimento legislativo.

Rafforzare il sistema di sanità elettronica

La sanità elettronica, è scritto nel documento, è necessaria per rendere facilmente consultabile la storia clinica dei pazienti, eliminare gli sprechi e aumentare la trasparenza nei confronti dei cittadini.

L'impegno è di:

- realizzare il fascicolo sanitario elettronico, concludere l'accordo Stato-regioni sulle linee di indirizzo per la telemedicina e aumentare la trasparenza nei confronti dei cittadini, con l'attivazione del "Portale della trasparenza".

Responsabile è il ministero della Salute e il tutto dovrà essere realizzato entro il secondo trimestre.

La spesa

Obiettivo 2014 è ottenere maggiori risparmi da un'azione più incisiva sulla revisione della spesa per migliorare l'efficienza dei servizi pubblici riducendo i costi e tagliando gli sprechi e riducendo il numero degli uffici e degli organi dello Stato «che spesso si sovrappongono inutilmente».

L'impegno è di ridurre la spesa di almeno 3 miliardi nel 2014 e 10 nel 2015. Maggiori entrate verranno anche dal decreto legge approvato a gennaio sul rientro dei capitali illegalmente detenuti all'estero e ulteriori risorse saranno liberate dai risparmi derivati dal calo del tasso di interesse sui nostri titoli pubblici.

Nel 2013 grazie al calo dei tassi, spiega il documento, si sono risparmiati oltre 5 miliardi di interessi in un solo anno. Se nel corso del 2014 continuasse questo trend, si produrrebbe un risparmio analogo, non ancora scontato nella legge di Stabilità che invece prevede uno spread a 200 punti solo a fine 2014 e rendimenti medi al 4,45%. «Al momento - è scritto - è possibile solo una stima prudenziale di queste ultime due voci di entrata che sono quantificate in 3 miliardi ciascuna nel 2014 e in 5 miliardi nel 2015 dal rientro dei capitali e 3 miliardi dal risparmio sugli interessi».

L'impegno è di destinare le risorse della revisione della spesa, dal rientro dei capitali e dalla diminuzione degli interessi sul debito per metà al taglio del costo del lavoro e per metà al finanziamento delle altre misure presentate nel programma. In totale secondo il documento è possibile liberare ulteriori 9 miliardi quest'anno e 18 il prossimo. Altre risorse potranno derivare dalla prosecuzione della lotta all'evasione fiscale.

In conclusione, sommando le cifre già stanziare e le nuove risorse che si libereranno, nel 2014 alla riduzione del costo del lavoro andranno 7,1 miliardi e 11,9 nel 2015. Per le altre priorità di "Impegno Italia" saranno disponibili 4,5 miliardi nel 2014 e 9 miliardi nel 2015.

Previdenza: tutte le regole per andare in pensione oltre i 65 anni nella Pa

Con una specifica circolare, la n. 2 dell'8 marzo 2012, la Funzione pubblica aveva prodotto una serie di chiarimenti in merito alla riforma previdenziale introdotta, a fine 2011, dal decreto Monti. Si era trattato di indicazioni che modificavano ampiamente quanto da una lettura delle norme era stato indicato, da molti, soprattutto in merito alle nuove scadenze pensionistiche.

La circolare, confermando l'introduzione della pensione di vecchiaia conseguibile al compimento del 66° anno d'età e di quella anticipata ottenibile con il requisito di 42 anni e più mesi di contributi per gli uomini e 41 e più mesi per le donne, sottolineava che tali condizioni non riguardassero coloro che, entro il 31 dicembre 2011, avessero maturato il diritto a pensione. Infatti, per i dipendenti pubblici, che alla data del 31 dicembre 2011 avessero maturato i requisiti per l'accesso al pensionamento, sia per età (65 anni) ovvero per anzianità contributiva di 40 anni, indipendentemente dall'età anagrafica, o raggiungendo quota 96 (data da 60 anni d'età + 36 anni di contributi ovvero 61 anni d'età + 35 anni di contributi) prevista per il 2011, non sarebbero valse i nuovi limiti indicati dal decreto e che, qualora in servizio, tali dipendenti non erano soggetti, neanche su opzione, al nuovo regime sui requisiti d'età e di anzianità contributiva, e le amministrazioni avrebbero dovuto provvedere a collocarli a riposo al compimento del 65° anno d'età salvo il trattenimento per la maturazione della finestra d'uscita. Tale determinazione ha fatto sì che alcune amministrazioni abbiano approfittato per porre in quiescenza molti sanitari solamente per il fatto che avessero, entro il 2011, raggiunto i criteri per ottenere il trattamento pensionistico. Adesso, con un discreto ritardo, la stessa Funzione pubblica interviene con una nota protocollata come Dfp 0006295 e diffusa il 3 febbraio 2014, a chiarire gli effetti

dell'incrocio fra la clausola di salvaguardia, introdotta dalla riforma Fornero, per chi avesse raggiunto i vecchi requisiti entro il 2011, e gli obblighi di pensionamento dei dipendenti della pubblica amministrazione, compresi i medici dirigenti del servizio sanitario.

L'affermazione, che risalta dalla nota emessa da Palazzo Vidoni, è che questo presunto obbligo non si traduce in un pensionamento automatico. Una prima considerazione è che i requisiti di contribuzione possono essere raggiunti dai dipendenti anche con un'età inferiore ai 65 anni e, quindi, prima di quella data il pensionamento non è affatto obbligatorio. Il dipendente può presentare la richiesta di essere messo a riposo e la Pubblica amministrazione è tenuta ad accoglierla. Ma se la richiesta non arriva, la cessazione obbligatoria del rapporto si intende possibile a 65 anni. Ma, a questo proposito, viene poi, confermata la possibilità di chiedere di essere mantenuti in servizio per un biennio, sino a 67 anni, grazie alla norma del decreto legislativo previsto dall'articolo 16 del Dlgs 503/1992. Norma che, però, ricordiamo, da diritto potestativo in capo all'interessato è stata condotta a una concessione discrezionale da parte dell'amministrazione dal disposto della legge n. 111 del 2011.

Altra condizione, che permette di rimanere in servizio oltre il sessantacinquesimo anno d'età è anche quella di poter conseguire il requisito minimo per il diritto a pensione, così come già auspicato dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 282 del 1991, e dall'articolo 6, comma 2-bis, della legge 31/2008, a proposito del reintegro sul posto di lavoro a seguito di licenziamento.

Infine, resta sempre valida la vigenza delle disposizioni speciali che fissano limiti massimi di età per la permanenza in servizio in ciascun settore del pubblico impiego. Ne consegue che, con lo specifico riferimento alla categoria della dirigenza medica, risulta sempre vigente la previsione di cui all'articolo 22 («Età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale») della legge 183/2010 (cosiddetto Collegato lavoro), il quale disciplina il limite massimo di età per il pensionamento del dirigente medico. Questa disposizione stabilisce che: «Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo a un aumento del numero dei dirigenti». Pertanto, anche successivamente l'entrata in vigore del decreto legge 201/2011, il dirigente medico potrà permanere in servizio fino al raggiungimento dei 40 anni di servizio effettivo e, comunque, fino ai 70 anni di età per conseguire tale condizione.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584