

# **RASSEGNA STAMPA**

**DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI**

**(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)**

**GIOVEDÌ 15 GENNAIO 2015**

## **LA NUOVA SARDEGNA**

### **Niente stipendi: la Fondazione Sgb vicina al baratro**

Era una preoccupazione, ma ciò che si temeva è accaduto: i lavoratori della Fondazione San Giovanni Battista non hanno ricevuto le retribuzioni e hanno proclamato lo stato di agitazione. La situazione gestionale è ormai giunta alla paralisi e anche chi lavora per le ditte esterne - come le cooperative - si è visto negare il pagamento delle fatture. È un brutto ritorno al passato, a quegli anni prima del 2012, quando la struttura socio sanitaria registrava un passivo di 25 milioni e annaspava alla ricerca di soluzioni per evitare di affondare nell'oceano dei debiti, pur avendo le potenzialità per marciare grazie ai servizi di eccellenza nel settore della riabilitazione che il San Giovanni Battista di Ploaghe è in grado di garantire da oltre vent'anni. Nel 2012 la Regione ripiana le perdite e si mette un punto d'inizio per la trasformazione della struttura da Ipab (Istituto pubblico di assistenza e beneficenza) in Asp (Azienda di servizi alla persona). Un inizio che però in realtà non è andato avanti (nel frattempo ci sono state le elezioni e il cambio di guardia alla Regione). La procedura di rilancio è rimasta al palo e la struttura ha continuato a operare, naturalmente, nell'unico modo che oggi la legge consente. Quello attuato sin dalla sua nascita: ottimo servizio e ottime professionalità ma non si riesce a "incassare" quanto occorrerebbe per evitare le perdite. Una situazione che i lavoratori definiscono inaccettabile. Perché la struttura continua a produrre 100mila euro di debiti ogni mese, quindi in due anni si sono superati i due milioni (secondo alcuni lavoratori si sarebbe arrivati addirittura a sei e perciò avrebbero segnalato il caso alla Corte dei conti). In una lettera, genericamente firmata da "i lavoratori" - si afferma che «è inusuale che un'azienda pubblica continui a operare con sistema privatistico, applichi il contratto della sanità privata, assuma personale senza selezione pubblica, affidi incarichi a ditte fornitrici senza gara d'appalto». In realtà - vale sottolinearlo - il San Giovanni Battista è un Ipab, un ente morale che per legge non dovrebbe esistere più da tempo. Ecco perché attende di essere trasformato in Asp. Le solite incongruenze italiane che restano naturalmente inspiegabili. Il piano industriale attende almeno dal 2007 di essere attuato, spetta alla Regione dargli gambe. Nel 2012 la Finanziaria regionale ha destinato all'ente 25 milioni di euro per sanare la situazione debitoria, da allora nulla si è fatto per il rilancio della struttura attraverso l'accreditamento dei volumi di attività che avrebbero consentito il pareggio di bilancio. Lo denunciano in

un documento le segreterie territoriali e aziendali di Cgil Fp, Cisl Fp e Uil Fpl, che hanno scritto alla Regione (inviando al presidente Pigliaru, a Gianfranco Ganau e all'assessore Luigi Arru), ricordando che le nuove attività prospettate non sono state implementate e i reparti soffrono la scarsità di utenti per responsabilità delle Asl che con gli Utv (Unità di valutazione territoriale) non destinano tutti i potenziali pazienti alla struttura di Ploaghe. Insomma la triste realtà - dicono - è sotto gli occhi di tutti: l'ente continua a macinare perdite di esercizio milionarie e stando così le cose appare inevitabile un ulteriore intervento finanziario che graverà sui capitoli di spesa della sanità e di conseguenza sui cittadini. Nel rimarcare che anche le relazioni sindacali con il commissario Costantino Foddai «non sono brillanti», i sindacalisti Pierpaolo Spanedda, Antonio Monni e Dario Cuccuru, chiedono un incontro urgente agli organismi regionali e avvertono che se il tavolo non si dovesse aprire, si preparano a marciare su Cagliari.

## **SASSARI Diabete e sana alimentazione È il tema di un incontro promosso dalla scuola con esperti e Adms**

“Diabete Alimentazione Salute”, è il tema dell'incontro promosso dall'Istituto Comprensivo di Li Punti rivolto e che si terrà nella stessa scuola il 23 gennaio con inizio alle 17. L'Istituto, nell'ambito del Progetto Continuità, che vede coinvolti i tre ordini di Scuola (Infanzia, Primaria, Secondaria) ha programmato e sta realizzando un'Unità di apprendimento dal titolo: “Un'alimentazione sana e genuina”. La tematica prescelta è la sana alimentazione che ha lo scopo di far conoscere ai ragazzi i prodotti tipici del proprio territorio, privilegiando il consumo di quelli locali e stagionali. Nel contempo si intende sensibilizzare i ragazzi e le famiglie sull'importanza del movimento, di una sana alimentazione e del benessere personale quali condizioni imprescindibili per la nostra Salute. L'Istituto opera in sinergia con il Sian (Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione) Asl di Sassari, con l'associazione di prevenzione del diabete mellito e con la Coldiretti in maniera da promuovere la consapevolezza che alimentazione, agricoltura biologica e salute rappresentano tre principi complementari per la vita delle persone. Il 23 gennaio intervengono la dirigente scolastica Teresa Useri, la referente progettuale insegnante Anna Maria Santoni, Giancarlo Tonolo, responsabile del Servizio di Diabetologia Asl di Olbia e la nutrizionista di Olbia Marzia Mura. Il presidente dell'Adms Michele Calvisi presenterà le finalità e le attività svolte dall'associazione. Seguiranno le relazioni degli esperti.

## **ALGHERO Nuovo ospedale no, forse una nuova “ala” Il commissario dell'Asl ha incontrato il sindaco per fare il punto della situazione sulla sanità locale**

Il commissario della Asl di Sassari Agostino Sussarellu ha incontrato il sindaco di Alghero Mario Bruno per fare il punto sulla situazione della sanità algherese, presenti

l'assessore Nina Ansini e i consiglieri comunali Monica Pulina e Alessandro Nasone. «La riforma sanitaria regionale disegnerà una nuova Asl, con un diverso assetto organizzativo ma anche una nuova mission», ha spiegato Sussarellu. «In questo nuovo quadro, che per la Asl di Sassari prevede l'accorpamento dell'Ospedale Santissima Annunziata all'Azienda Ospedaliero Universitaria, Alghero si candida a diventare uno dei punti più qualificati dell'assistenza sanitaria territoriale», ha evidenziato il commissario. «Si dovranno potenziare reparti strategici quali l'Urologia, la Cardiologia e la Riabilitazione. Rilanciare l'Ostetricia e il Punto Nascita attraverso il progetto del parto analgesico. Con la nuova rete ospedaliera - ha aggiunto - anche l'assistenza domiciliare subirà notevoli cambiamenti positivi» ha aggiunto -si potenzieranno le cure palliative e la Terapia del dolore che permette al paziente di trascorrere in serenità gli ultimi attimi di vita nella propria casa. Un cambiamento culturale, ma anche un salto di qualità nelle cure domiciliari». Per quanto riguarda un nuovo ospedale Sussarellu è stato chiaro: «Attualmente non ci sono le risorse», ma ha ricordato che «la Regione sta cercando di reperire dei fondi per l'edilizia sanitaria» e ha rivelato di aver chiesto all'assessore di prendere in considerazione, in alternativa a un nuovo ospedale, l'ipotesi della realizzazione di una nuova Ala nel Civile di via Don Minzoni per garantire l'accorpamento dell'Area chirurgica, la Radiologia e l'Anestesia con gli altri reparti per acuti»

## L'UNIONE SARDA

### **REGIONE** Dopo la proposta delle Regioni sul taglio dell'esenzione agli over 65 «No ai ticket per fare cassa» **L'assessore alla Sanità: non funziona, c'è molta povertà**

«Non ne sappiamo proprio nulla». L'assessore alla Sanità Luigi Arru, letta la notizia sulle agenzie e sul giornale, sbotta più o meno come ha fatto a inizio mattina il presidente della Conferenza delle Regioni. Tagliare l'esenzione automatica dai ticket per i 65enni?

«È una posizione personale dell'assessore alla Sanità del Veneto - ha avvertito Sergio Chiamparino -, che non è condivisa da tutte le Regioni e non le rappresenta». Appunto, ribadisce Arru. In vista dell'incontro di domani al ministero della Salute in tema di contenimento della spesa sanitaria («un tavolo tecnico»), puntualizza che, quello dei ticket «è dell'opportunità o meno di inserirne di nuovi, è un tema sul quale occorre ragionare molto seriamente, anche considerata la crisi economica e sociale in atto».

Una cosa è certa, avvisa l'assessore, «la politica dei ticket per fare cassa non va. Deve invece avere una funzione educativa e di deterrente». Basti pensare, per esempio, a quanto accade ogni giorno nei pronto soccorso degli ospedali, presi d'assalto anche da chi potrebbe risolvere il problema con un cerotto o una camomilla. «Su un tot di persone che si rivolgono ai servizi di pronto intervento, in effetti - puntualizza l'assessore regionale alla Sanità - c'è un'altissima percentuale di domanda

inappropriata. E si finisce così per bloccare il sistema dell'assistenza ospedaliera». Ecco, in casi come questi, essere chiamati a pagare un ticket adeguato potrebbe in effetti aiutare gli utenti a essere meno avventati. «Ma per il momento - sottolinea Arru - ancora nulla è deciso, tantomeno riguardo un provvedimento di taglio dell'esenzione automatica dai ticket per gli ultrasessantacinquenni».

Non ne sappiamo niente neppure noi, assicura Gianni Barroccu, segretario regionale del sindacato medici di base (Fimmg). «E se non lo sappiamo noi, che materialmente certifichiamo le fattispecie di esenzione sulle nostre ricette....». Se ritocchi ci saranno, avvisa il coordinatore dei medici di famiglia, «saranno quelli peraltro già previsti nella Legge di stabilità, legati al reddito e alla patologia». Oggi gli over 65 non pagano il ticket quando il reddito complessivo non supera i 36.151,98 euro all'anno. Poi ci sono le esenzioni per chi ha una pensione sociale, per gli invalidi di guerra, i disoccupati, per chi soffre di una patologia grave (tumori, diabete, cardiopatie, malattie respiratorie). «La linea sarà quella: si valuteranno il reddito e le patologie».

## **SASSARI Luca, è omicidio colposo: accuse al neurologo Dore Per il pm il ragazzo si suicidò a causa di cure devastanti**

Clamorosa svolta nell'inchiesta sul protocollo Dore, la cura denominata "psiconeuroanalisi" praticata nel centro Aion di Ittiri per i malati di Alzheimer. Alle accuse iniziali (nel mese di agosto del 2012 vennero arrestate 15 persone, tra i reati ipotizzati la truffa e i maltrattamenti) ora si aggiunge anche la contestazione di omicidio colposo. Il pm Gianni Caria ha infatti preso atto della conclusione delle indagini, condotte dai carabinieri del Comando provinciale di Sassari e della Stazione di Alghero, sulla tragica fine del giovane Luca Scognamillo, morto suicida il 15 giugno del 2012, e ha formulato la nuova ipotesi di reato. Il ragazzo, studente universitario e poeta, si tolse la vita gettandosi dal ponte di Calabona.

**PSICONEUROANALISI** Stando all'inchiesta del pm Caria, Scognamillo, dall'aprile del 2012, venne seguito dal neurologo Giuseppe Dore, dal fisiatra Mario Piredda e da altri medici, con l'applicazione delle terapie della "psiconeuroanalisi". La tesi della Procura di Sassari è che il protocollo inventato dal neurologo Dore, invece di curare il ragazzo, abbia avuto effetti devastanti sulla sua psiche, particolarmente fragile a causa di una depressione. Una situazione che, insieme ad altri fattori, ha determinato, secondo gli investigatori, l'esito del suicidio.

**PASSO DECISIVO** Il legale della famiglia Scognamillo, l'avvocato Alberto Sechi, contattato ieri sera, non ha voluto commentare in alcun modo gli ultimi sviluppi dell'inchiesta. Un fatto è certo, però. I genitori del giovane hanno seguito passo passo tutta la vicenda, dopo i 15 arresti dell'Operazione Lager. I carabinieri hanno ricostruito, anche attraverso il contenuto di conversazioni intercettate, il rapporto tra Scognamillo e i medici del gruppo Aion. La storia inizia con un banale dolore a una spalla. Il giovane viene visitato ad Alghero dal fisiatra Mario Piredda e poi, successivamente, incontra Giuseppe Dore. La cura seguita non sarebbe stata quella di tipo fisiatico, bensì il protocollo della "psiconeuroanalisi". La condizione psichica di

Scognamillo si sarebbe aggravata, anche a causa dei divieti imposti dalla terapia, in particolare riguardo alla sua passione, la poesia. Sino al tragico volo dal ponte di Calabona.

**INDAGINE CHIUSA** La Procura di Sassari, intanto, avrebbe già chiuso il fascicolo dell'Operazione Lager. Sarebbero imminenti gli avvisi per una quindicina di persone.

**QUOTIDIANO SANITA'.IT**

## **Rapporto Sdo 2014. Sempre meno ricoveri in ospedale. Giù acuti e day hospital. Un “giorno” di ricovero vale 471 euro. I dati dei primi 6 mesi**

*Calano dimissioni (-9% rispetto al 2013) e giornate di degenza (-6%). Crollo delle attività di Day Hospital: - 18,5 e - 23,5% le giornate. Si riduce il tasso di ospedalizzazione da 107 a 98,5 dimissioni per mille abitanti in regime ordinario e da 37 a 29,6 dimissioni in regime diurno per mille abitanti. Parto prima causa di ricovero e poi cardiovascolari e respiratorie. [IL RAPPORTO - LE TAVOLE](#)*

Sempre meno ricoveri e sempre meno giornate di degenza. Con un trend sempre più in discesa. Le dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza negli ospedali italiani sono diminuite nei primi sei mesi del 2014 del 9% rispetto al primo semestre dell'anno precedente. Mentre le giornate di degenza sono scese del 6%. Cala vertiginosamente l'attività in Dh: il numero di dimissioni per acuti in regime diurno è sceso del 18,5%, le giornate del 23,5%.

Diminuisce quindi il tasso di ospedalizzazione che si riduce da 107 a 98,5 dimissioni per mille abitanti in regime ordinario e da 37 a 29,6 dimissioni in regime diurno per mille abitanti. Il tasso complessivo per acuti si riduce da 144 a 128 dimissioni per 1.000 abitanti.

Rimangono le differenze tra regione e regione e aumenta la mobilità interna.

A scattare la fotografia sull'attività di ricovero nelle strutture sanitarie italiane nel primo semestre 2014 è il **Rapporto Sdo** a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria, pubblicato sul sito del ministero della salute. Un'analisi preliminare dell'andamento dell'assistenza ospedaliera nella prima parte del 2014, basata sui dati provvisori disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute alla data del 2 dicembre 2014.

Dati da leggere partendo da una considerazione, sottolinea la Direzione generale della programmazione sanitaria: “non è possibile effettuare un confronto diretto dei valori assoluti (dimissioni, giornate) in questa pubblicazione con quelli delle pubblicazioni annuali degli anni precedenti, mentre è possibile confrontare i valori espressi come percentuale o come tasso. E nell'effettuare il confronto, tuttavia, occorre considerare

l'eventualità di fenomeni di stagionalità dei ricoveri nel corso dell'anno, che potrebbero influire sull'effettiva comparabilità rispetto agli anni precedenti”.

Comunque sono numeri importanti quelli registrati negli ospedali italiani che continuano a rimanere il cuore del Ssn, nonostante negli anni abbia modificato i propri andamenti. Sono state ben 3.208.701 le dimissioni per acuti in regime ordinario e 920.757 in regime diurno (pari al 22,3% del totale delle dimissioni per acuti), 169.429 quelle in riabilitazione (di cui poco più del 92% in regime ordinario) e 53.571 le dimissioni per lungodegenza. E ancora, 21.778.462 giornate per acuti in regime ordinario e 1.716.604 accessi in regime diurno, 4.244.555 giornate in riabilitazione (di cui oltre il 95% in regime ordinario) e 1.498.229 giornate in lungodegenza.

In ogni modo, nonostante le avvertenze del ministero nella lettura dei dati, il trend dell'attività di ricovero nei primi sei mesi del 2014 rispetto all'anno precedente è chiaro: c'è una generale diminuzione del volume di attività erogata. Il numero complessivo di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza passa da 4.782.288 a 4.352.458 unità, con una diminuzione di circa il 9%; il corrispondente volume complessivo di giornate passa da 31.092.743 a 29.237.850, con una riduzione del 6% circa.

**Le dimissioni per acuti in calo.** Entrando nel dettaglio, il numero di dimissioni per acuti in regime ordinario nel primo semestre 2014 passa da 3.419.669 a 3.208.701 unità, con una riduzione del 6,2% rispetto allo stesso periodo del 2013, mentre il corrispondente volume di giornate si riduce del 5,3% (da 23.003.068 a 21.778.462 unità).

Diminuisce in maniera marcata il numero di dimissioni per acuti in regime diurno: -18,5%, passando da 1.129.535 a 920.757 dimissioni. Calano notevolmente anche le giornate in Dh: da 2.243.081 a 1.716.604 giornate (-23,5%).

Il numero di dimissioni per riabilitazione in regime ordinario si riduce del 2,9% (da 160.835 a 156.245 unità), mentre il corrispondente volume di giornate rimane praticamente costante (-0,7%, da 4.090.892 a 4.062.792 unità), coerentemente con l'aumento della degenza media osservato, che passa da 25,4 a 26 giorni; l'attività di riabilitazione in regime diurno mostra una riduzione più marcata: -22% per le dimissioni (da 16.912 a 13.184 unità) e -14,6% per le giornate (da 212.828 a 181.763 unità).

Infine, per l'attività di lungodegenza si osserva una riduzione delle dimissioni da 55.337 a 53.571 unità (-3,2%) e delle giornate da 1.542.874 a 1.498.229 unità (-2,9%).

**Il tasso di ospedalizzazione in acuti.** Rispetto al primo semestre 2013, il tasso di ospedalizzazione in acuti per il primo semestre 2014 in Italia si riduce da 107 a 98,5 dimissioni per mille abitanti in regime ordinario, e da 37 a 29,6 dimissioni in regime diurno per 1.000 abitanti; si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale. Il tasso complessivo per acuti si riduce da 144 a 128 dimissioni per 1.000 abitanti. Da notare che i valori del tasso di ospedalizzazione per l'intero anno 2013 sono leggermente

differenti da quelli osservati per il solo primo semestre: il valore complessivo è stato di 142,3 per 1.000 abitanti, suddiviso rispettivamente in 104 per il regime ordinario e 38,3 per il regime diurno.

**Le principali cause (acute) per cui si ricorre all'ospedale.** Continua a guidare la classifica delle cause di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario il parto con 137.765 dimissioni per **parto naturale** e 74.713 dimissioni per parto cesareo senza complicanze. Escludendo il parto le principali patologie che portano i pazienti nelle corsie ospedaliere sono le **patologie cardiovascolari** (Insufficienza cardiaca e shock) e quelle **respiratorie** (Edema polmonare e insufficienza respiratoria). Seguono gli interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori.

**La mobilità.** La mobilità complessiva a livello nazionale per acuti in regime ordinario è del 7,6% (era 7,4% nel primo semestre 2013 e si è attestata a 7,6% nell'intero anno) quella in regime diurno dell' 8,7% (era 7,9% nel primo semestre 2013, poi stabilizzato a 8% nell'intero anno).

La mobilità per riabilitazione è pari al 15,1% (era 14,8% nel primo semestre 2013, e 15,2% nell'intero anno) in regime ordinario e al 8% in regime diurno (con una riduzione di quasi un punto rispetto al valore di 9,1% del primo semestre 2013, e di circa 3 punti rispetto al 10,8% dell'intero anno precedente), e si attesta al 4,1% per lungodegenza (sostanzialmente costante rispetto al 3,9% del primo semestre 2013, poi stabilizzatosi al 4,2% per l'intero anno).

Le Regioni che hanno fatto registrare le più alte percentuali di mobilità passiva per le attività per acuti in regime ordinario sono il Molise (23,3%), la Basilicata (22,1), la Calabria (20,7%), l'Abruzzo (15,9%), la valle d'Aosta (15,6%) e le Marche (14,2%). La Lombardia è la regione con il più basso dato relativo alla mobilità passiva (3,3%).

**In calo gli errori di compilazione delle schede.** Migliora la qualità della compilazione rispetto al valore osservato per l'anno 2013: il numero di errori per 100 schede si riduce da 47,4 nel 2013 a 40,8 nel primo semestre 2014, con una diminuzione di 6,6 punti. Anche la distribuzione degli errori migliora, infatti il numero medio di errori per scheda si riduce da 0,5 a 0,4 (mentre il numero mediano di errori per scheda permane pari a zero), e la deviazione standard del numero di errori per scheda si riduce da 0,8 a 0,7 (cfr Tav. 1.3).

Infine, per avere una reale misura della dimensione dell'errore occorre considerare che una scheda SDO contiene 45 variabili: nell'anno 2013 sono pervenute 9.843.992 schede, per un totale di 442.979.640 informazioni distinte raccolte ed una percentuale complessiva di errori del 1,1%, mentre nel primo semestre 2014 sono pervenute 4.532.720 schede, per un totale di 203.972.400 informazioni complessive ed un numero di errori pari a 1.848.665, ovvero una percentuale di errore pari a 0,9%.

■ Quanto "costano" i DRG. Nei primi sei mesi remunerati 13,8 mld. In media 3.178 euro a dimissione e 471 euro al giorno

**SOLE 24ORE SANITA'**

## **Piano nazionale demenze, da oggi si parte**

Con la pubblicazione in Gazzetta del testo dell'accordo approvato dalla Conferenza Unificata, è da oggi operativo il Piano nazionale demenze che riporta le nuove strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze.

L'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome era stato approvato il 30 ottobre 2014, dalla Conferenza Unificata sul documento "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze".

Le patologie degenerative a carico del sistema nervose, Alzheimer soprattutto, sono oggi una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale. E gli studiosi di epidemiologia concordano sul fatto che nei prossimi cinque-sei anni, il numero delle persone con demenza supererà i 48 milioni. Il Piano nazionale è finalizzato a promuovere e migliorare gli interventi relativi alle demenze sugli aspetti terapeutici specialistici e sul sostegno del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura.

Questi i 4 obiettivi principali del piano demenze:

- interventi e misure di politica sanitaria e sociosanitaria;
- creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata;
- implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure;
- aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

### IL PROVVEDIMENTO

**DOCTOR 33.IT**

## **Conferenza delle Regioni. Lea e precariato i temi clou**

Livelli di assistenza? Ticket? Comma 566 della legge di stabilità che svuoterebbe i medici di competenze in favore di infermieri & co? Tra oggi e domani gli assessori regionali sulla carta dovrebbero dibattere di revisione dei Lea e della necessità in parallelo di valutare nuovi ticket. In realtà la prima conferenza stato-regioni dell'anno - fissata giovedì 22 prossimo - all'ordine del giorno valuta il decreto della presidenza del consiglio che dà il via alla stabilizzazione dei contratti dei medici precari con contratto a tempo determinato. Non è impossibile che si parli del comma 566. Così come potrebbe impattare, non proprio a sorpresa, il testo sulla revisione dei Livelli di assistenza (Lea). Da Roma si punta a garantire ai cittadini nuove cure come l'adroterapia oncologica, la fecondazione eterologa, l'endometriosi, la Bpco e le indagini per la celiachia. L'indice del Dpcm sui Lea originario include pure l'aggiornamento delle malattie rare e croniche (entrerebbero osteomielite, sindromi di



Dravet e di Lynch, melanoma cutaneo familiare, tumori endocrini multipli Men1 e Men2) e del protocollo-gravidanza. Le regioni però con la legge di stabilità si sono viste tagliare altri 4 miliardi di finanziamenti e ora chiedono per prima cosa di rivedere il regime di esenzioni.

Altri temi di scena il 22 dovrebbero essere la questione dei fondi ad hoc -su hanseniani e Aids - destinati in base alla legge di stabilità a riconfluire nel Fondo sanitario nazionale, e i 165 milioni per riorganizzare nelle regioni la sanità penitenziaria da ripartire in base al numero di detenuti per regione e alle strutture di cura esistenti. Incertezza sulle convenzioni; secondo voci "indiscrete" Fimmg starebbe dialogando in conferenza su almeno due temi focali per riaprire la trattativa con Sisac: riconoscimento di uno status giuridico di libero professionista convenzionato "secondo le norme privatistico-civilistiche vigenti" e possibilità di contribuire a sviluppare livelli essenziali di assistenza integrativi. Il convenzionamento delle farmacie, previsto come subito successivo a quello dei mmg, è altro tema destinato a prendere corpo, atteso che la trattativa con Sisac qui sconta la contraddizione madre: i servizi previsti dalla legge 209 non possono partire finché non se ne fissano i prezzi, ma i prezzi si conoscono solo se i servizi partono.

## **Visite fiscali: per le imprese sono inutili, per i medici "risparmiose" ed essenziali per collettività**

In tre imprese italiane su quattro si tende a non usare le visite fiscali: non scoprirebbero i lavoratori assenteisti. Lo dice un'indagine del Gidp, network di 4300 direttori del personale, sul privato. Sembrerebbe un'ulteriore tegola sulla situazione dei 1250 medici fiscali, i cui controlli d'ufficio sulla malattia dei lavoratori sono stati subordinati a esigenze di risparmio e ridotti del 90% dall'Inps, da maggio 2013. Ma per **Claudio Palombi** presidente del sindacato Anmefi di categoria il dato va visto in positivo. «In un contesto dove difficilmente è confutabile la certificazione del medico di famiglia, di norma veritiera, un 25% di imprese valuta importanti i nostri controlli, capisce che facciamo recuperare soldi alla collettività: non solo quando non troviamo in casa chi finge di essere malato, ma anche quando non troviamo il lavoratore che, pur malato, si è assentato un attimo. Ricordo che per legge prima di uscire negli orari di controllo si devono avvertire Inps di zona e datore di lavoro, se non lo si fa scatta la sanzione, 10 giorni di malattia non pagati. Le sole sanzioni verso i lavoratori non reperiti nel 2012 all'Inps hanno fatto recuperare 17 milioni di euro, cifra quasi pari ai 18 milioni che in questo 2015 costeremo noi medici fiscali. In termini di riduzione delle prognosi, poi, i nostri controlli nel 2012 hanno fatto risparmiare altri 10 milioni». Se ci si mettono gli infortuni e le malattie professionali rilevate dai medici fiscali a domicilio - da girare alla competenza Inail - e la preziosa opera nel verificare quando l'assistenza al lavoratore a seguito di un incidente stradale va esercitata non da Inps ma dall'assicurazione del responsabile del sinistro (azioni di surroga, altri 43 milioni recuperati nel 2012) i medici Inps valgono per la collettività più dei 70 milioni che l'ente spendeva a regime per attivarli. «Abbiamo anche un ruolo chiave a tutela del lavoratore, e in questi mesi, a titolo personale, rilevo un incremento mai

visto di patologie trascurate, polmoniti a seguito di infezioni respiratorie non curate ed altro, prima rare: l'impressione è che i lavoratori siano costretti a recarsi al lavoro anche da malati e poi peggiorino - dice Palombi- sullo sfondo di una situazione in cui licenziare è più facile».

Altro dato inedito dell'indagine Gidp: le assenze di pochi giorni non sarebbero così diffuse. Il 30% dei direttori personale dichiara che l'assenza media in azienda va da 4 a 5 giorni, scende a 3 giorni per il 25% e a 2 per il 22. L'autocertificazione richiesta dai sindacati Fimmg e Snam non serve? «I colleghi medici di famiglia hanno dati, capacità e numeri per certificare ma gli assistiti di fronte a un diniego possono cambiare curante. Così si sostiene che uno o due giorni di malattia non giustifichino l'intervento del curante. Il Polo unico delle visite fiscali con contratti orari la strada cui stiamo lavorando - conclude Palombi - ma lascia un po' perplessi che per realizzare i controlli sia sul privato sia sul pubblico l'Inps chieda soli 35 milioni».

## **Avviamento studi: Ue pensa ai Confidi per avvicinare i medici ai fondi europei**

Si chiamano confidi - consorzi di garanzia collettiva dei fidi - e nascono nelle associazioni di categoria, in particolare delle imprese, per facilitare l'accesso al credito. Dal 2012 interessano anche dentisti, medici di famiglia e pediatri iscritti a Confprofessioni tramite Andi, Fimmg e Fimp. La notizia è che l'Unione Europea pensa di accelerare il processo che farebbe di questi confidi, al pari delle casse professionali come l'Enpam, gli intermediari naturali tra, ad esempio, il medico che vuole aprire lo studio e i Fondi europei che gli consentono di accedere a un credito più cospicuo. Oggi circa 2000 professionisti sanitari riuniti in Confprofessioni partecipano ai Confidi istituiti nel 2013 - Fidiprof Nord e Fidiprof Centrosud - e di questi quasi metà sono medici di famiglia. «La categoria si rivolge a Confidi per ammodernarsi, per acquistare dotazione strumentale, più raramente per acquistare lo studio. Il balzo in avanti è costituito dalla possibilità che siano i medici di Medicina Generale, riuniti nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali, ad organizzarsi mettendo a disposizione sedi comuni, strumenti e personale: una chance a sua volta appesa alle trattative in corso per l'accordo nazionale», spiega **Dario Grisillo** rappresentante di Fimmg in Confprofessioni. «Ma in prospettiva il giovane medico che va a coprire una zona carente e deve aprire lo studio ha una convenienza enorme a iscriversi a un confidi - spiega Grisillo - oggi a 25-35 anni senza posto fisso alle spalle è difficile ottenere il mutuo per comprare lo studio. Inoltre, l'acquisto di "muri" è molto più oneroso delle esposizioni medie oggi richieste ai Confidi di Confprofessioni, per iscriversi ai quali bastano 250 euro. Ecco perché si presenta di grande interesse la possibilità di far sì che il professionista utilizzi i confidi per accedere ai Fondi europei, che gli consentirebbero di disporre di più risorse».

Nel 2012 sia Bruxelles con l'Action Plan For Entrepreneurship 2020 sia il governo Monti con il decreto legge 1 all'articolo 10 hanno dato anche ai professionisti - dopo le imprese piccole e medie- la possibilità di organizzarsi in Confidi. Occorre ora chiudere il cerchio. Il Piano d'Azione 2020 nell'aiuto alle imprese in difficoltà o

nell'avviamento professionale dà un ruolo chiave ai Fondi europei. Fondo europeo investimenti (Fei), Fondo sociale europeo (Fse), Fondo europeo di sviluppo regionale (Fesr) e Fondo di coesione (Fc) si possono leggere da una parte come "tesoretti", dall'altra come banche che hanno i loro programmi su misura destinati allo sviluppo del lavoro (e al microcredito, in particolare di soggetti appartenenti a fasce meno abbienti). Ma come orientarsi tra tanti Fondi? «Intanto, ci vuole tempo» ammette Grisillo. «Consiglio però al professionista di non fare da solo nella ricerca di finanziamenti europei (ed italiani) ma di iscriversi al Confidi e di creare con esso un rapporto fiduciario».

## **DIRITTO SANITARIO** Condanna del titolare dello studio dentistico per concorso in esercizio abusivo della professione

La Corte di cassazione penale ha confermato la condanna inflitta al titolare dello studio dentistico per concorso in esercizio abusivo della professione per il comportamento della collaboratrice la quale, pur sprovvista dei titoli che l'abilitassero alla professione sanitaria e solo assistente alla professione, poneva in essere "nella bocca dei pazienti" atti di natura odontoiatrica effettuando, tra l'altro, la pulizia dei denti.

[Avv. Ennio Grassini - [www.dirttosanitario.net](http://www.dirttosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS** [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584