



PODOLOGIA: COSÌ L'EQUIVALENZA DEI TITOLI

I titoli ottenuti prima dell'entrata in vigore della legge 42/1999 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie» possono essere equivalenti agli attuali (lauree triennali), ma a precise condizioni contenute in un accordo Stato-Regioni che per diventare esecutivo dovrà essere recepito con un Dpcm.

Il riconoscimento dell'equivalenza «non produce, per il possessore del titolo, alcun effetto automatico sulla posizione funzionale rivestita e sulle mansioni esercitate in ragione del titolo nei rapporti di lavoro già instaurati al momento del riconoscimento».

Lunga anche la lista di titoli esclusi dalla possibilità di equipollenza che vanno dall'infermiere generico fino ai titoli anche universitari Isef e Scienze motorie.

Criteri di valutazione. Due i criteri di valutazione dei titoli pregressi la durata del corso di formazione «regolarmente autorizzato dagli enti proposti allo scopo»; l'esperienza lavorativa.

A ogni parametro, in relazione al suo valore, è attribuito un punteggio seguendo però alcune indicazioni.

Nella durata del corso di formazione si calcolano sia le ore di formazione teorica sia le ore di formazione pratica. Se non si raggiunge il limite

minimo di durata di 750 ore complessive l'anno, il punteggio attribuito a questo parametro è ridotto, calcolandolo in proporzione al numero di ore di formazione effettivamente svolte per singolo anno.

L'esperienza lavorativa, per essere valutata, deve essere riferibile a un'attività assimilabile a quella prevista per la figura professionale per la quale si chiede l'equivalenza. E questa attività deve essere stata svolta per un periodo di almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni prima dell'accordo (dal 2006 in poi, quindi) alla data di stipula dell'accordo Stato-Regioni e deve essere attestata con una dichiarazione del datore di lavoro, da cui risultino date, durata, attività ed eventuali qualifiche ricoperte.

La dichiarazione può essere integrata o sostituita da una dichiarazione dell'interessato, allegando copia del libretto di lavoro, da cui risultino anche in questo caso date, durata, attività ed eventuali qualifiche ricoperte.

Nel caso di attività lavorativa non subordinata, quest'ultima dichiarazione è sostituita da un'autocertificazione integrata da:

certificazione del possesso di partita Iva per gli anni di attività dichiarata; dichiarazione dei redditi per tutti gli anni di esperienza dichiarata; eventuale copia dei contratti di collaborazione.



Sommario:

Podologia: così l'equivalenza dei titoli	1
La tracciabilità dei flussi finanziari	2
Corte Giustizia Europea sulle società tra stazione appaltante ed un operatore privato	2
Tassa sulle gare d'appalto	2
Emilia Romagna: fascicolo tecnico sanitario	3
Emilia Romagna: l'eccellenza della sanità emiliana; due nuovi istituti di ricovero e cura scientifici a Bologna e a Reggio	3
Pagamento fornitori: oltre mezza Europa è fuori dalle regole UE	4
ANDI, no all'ordine autonomo dei dentisti	4
Fatture: aumentano i ritardi	5
Critica dei medici: un federalismo "frettoloso"	6
Gli odontotecnici reclamano chiarimenti sui fabbricanti di dispositivi su misura	7
Piano di indirizzo per la riabilitazione; le associazioni: "inadeguato e controproducente"	8
Nuove regole su riconoscimento titoli di studio	8
PD Emilia Romagna: Alleanza sanità ricerca e imprese per l'innovazione	9
Le norme tecniche ci aiutano a mantenere sani denti e gengive	9
Emilia Romagna: Disabilità, aggiornati i criteri di accesso ai contributi per l'acquisto di veicoli e ausili	10
Prodotti utilizzati per la detersione e l'igiene dei pazienti	10
Lenti a contatto: sì all'on-line	11
Policy all'europea per l'odontoiatria italiana	11
Ecco le novità dei Lea che non decollano	12

APPALTI



LA TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

In data 18/12/2010 è stata pubblicata la legge n. 217 di conversione del decreto 187/2010 relativo alla tracciabilità dei flussi finanziari, cui sono state apportate tuttavia le seguenti modificazioni:

a) mentre il decreto-legge prevedeva un obbligo d'adeguamento alla l.n. 136/10 "entro centottanta giorni" dall'entrata in vigore (quindi fino al 7/3/2011), la legge di conversione fa invece correttamente decorrere i 180 gg. dalla "sua" entrata in vigore (19/12/2010) cosicché il termine decade il 16/6/2011, data ultima quindi entro cui occorre adeguare i contratti precedentemente siglati; in ogni modo, al fine di "agevolare" l'attività d'adeguamento, lo stesso Legislatore ha previsto che, ai sensi dell'art. 1374 cod.civ., tutti i contratti (dopo il 16/6 p.v.) saranno comunque automaticamente integrati con le clausole di cui all'art. 3, commi 8 e 9 l.n. 136/10; ciò significa che i contraenti che intendono adeguare i loro contratti lo possono fare entro il 16/6 mentre, per tutti gli altri, decorsa detta



data, i contratti di subappalto e/o subfornitura risulteranno già automaticamente adeguati;

b) è poi previsto un innalzamento dell'importo per le spese giornaliere da 500 € a 1.500 €, a cui si può provvedere anche con strumenti diversi dal bonifico (è tuttavia sempre vietato l'uso dei contanti), cui s'aggiunge la possibilità di costituire un "fondo-cassa" (sempre con bonifico) da cui attingere per le spese giornaliere, costituito a favore di uno (o più) dipendenti e fermo restando l'obbligo di rendicontazione.

Tutte le altre modifiche apportate agli artt. 3 e 6 della legge 1/8/2010 n. 136 da parte degli artt. 6 e 7 del decreto-legge 12/11/2010, n. 187 sono confermate e quindi, a partire dal 18/12/2010, hanno forza di legge.

Avv. Andrea Stefanelli

TASSA SULLE GARE D'APPALTO

A seguito della sostituzione del "CUP" con il "CIG" e, quindi, stante l'esigenza d'imporre l'obbligo del CIG per tutte le gare (anche sotto i 150.000 €), l'Autorità di Vigilanza ha colto l'occasione per modificare anche l'importo dei contributi da versare per la partecipazione alle pubbliche gare.

Con tale deliberazione, in vigore dal 1 gennaio 2011, si è previsto che le Stazioni appaltanti richiedano il CIG per tutte le gare indipendentemente dal tipo di procedura adottata (quindi anche per le negoziate ed i cottimi) nonché dal loro valore; relativamente poi all'obbligo di pagamento del contributo, gli Enti appaltanti sono esentati per le gare d'importo inferiore ai 40.000 €, mentre per i concorrenti rimane il limite dei 150.000 € procedendo tuttavia, per gli altri scaglioni di valore, ai seguenti aumenti:

gare fino a 150.000 €	esente
gare da 150.000 e fino a 300.000 €	20 €
gare da 300.000 e fino a 500.000 €	35 €
gare da 500.000 e fino a 800.000 €	70 €
gare da 800.000 e fino a 1.000.000 €	80 €
gare da 1.000.000 e fino a 5.000.000 €	140 €
gare da 5.000.000 e fino a 20.000.000 €	200 €
gare oltre i 20.000.000 €	500 €

Risulta poi confermato che il pagamento del contributo è condizione d'ammissibilità alla gara e che la mancata dimostrazione dell'avvenuto versamento è causa d'esclusione ex legge, mentre, per le gare multilotti, occorre procedere al versamento in corrispondenza del valore di ogni lotto a cui si intende partecipare.

Avv. Andrea Stefanelli



CORTE GIUSTIZIA EUROPEA (22/12/2010, C-215/09) SULLE SOCIETÀ TRA STAZIONE APPALTANTE ED UN OPERATORE PRIVATO

La Corte di Giustizia CE è tornata ancora sulla questione della costituzione, da parte di una Pubblica Amministrazione, di una società mista pubblico-privata (con scelta del partner privato senza indicazione di alcuna gara), cui successivamente viene affidata (alla medesima società mista) un servizio pubblico per affidamento diretto ovvero, anche in tal caso, senza l'indicazione di pubblica gara, per confermare che tale modalità d'assegnazione viola la libera concorrenza ed principio di parità di trattamento in quanto favori-



sce indebitamente quel partner privato che, scelto "a piacimento" della P.A. per costituire la società mista, si vede poi affidato un appalto pubblico - ancorché non direttamente, ma attraverso la suddetta società mista - che, al contrario, avrebbe dovuto legittimamente essere aggiudicato tramite gara pubblica.

Avv. Andrea Stefanelli

EMILIA ROMAGNA

24 ORE
Sanità

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Articolo del 18/01/2011

Sperimentazione finita: accesso a tutti gli emiliani entro l'anno

Già 500 cittadini over 60 di Rimini, Imola, Modena e Bologna compreso l'ex premier Romano Prodi - hanno sperimentato la possibilità di accedere ai propri dati sanitari dal computer di casa grazie a una username e a una password.

Entro quest'anno il servizio sarà esteso a tutti i 4 milioni di residenti in Emilia Romagna che potranno accedere così al proprio fascicolo sanitario dove troveranno tutti i referti provenienti dalle strutture sanitarie che aderiscono al progetto «Sole» («Sanità on line»). E cioè: tutte le Asl della Regione e le strutture private accreditate con il Servizio sanitario regionale.

Nel fascicolo sarà presente anche la scheda del medico di base che potrà modificarla e aggiornarla, ma solo con il consenso del paziente.

L'Emilia Romagna spende circa 20 milioni all'anno e lavora al sistema dal 2009.

Prima di allora, cioè dal 2002, si è concluso il progetto per la messa in rete dei medici di medicina generale (Sole): ora il 99% è dentro la rete e può consultare la cartella elettronica del paziente.

A d e s s o Cup 2000 sia mettendo a punto la consultazione dei documenti cimici da parte del cittadino:

dai referti di visite agli esami effettuati, alle lettere di dimissioni fino alle prenotazioni sanitarie.

In più ognuno potrà caricare all'interno della propria pagina anche altri documenti di visite svolte al di fuori del Servizio sanitario nazionale.

Al momento la sperimentazione prevede che avvenga tramite password, ma in futuro avverrà, come in Lombardia, con la card dotata di microchip.

Come fare per usarlo? Basta andare sul sito www.fascicolo-sanitario.it e digitare il proprio nome e cognome e una password fornita dal Cup 2000.

Dopo quest'operazione si apre sulla schermata del computer il fascicolo, cui possono accedere solo il paziente e il medico di base, soltanto nel caso il paziente dia l'ok.



REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:

CAVINI SALVATORE (CNA Imola)

Tel. 0542 632611

CUCCARO DARIO (CNA Riccione)

Tel. 0541/601655

FREGNI AZIO (CNA Modena)

Tel. 059 418573

GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)

Tel. 0521 227280

MALAVASI SONIA (CNA Bologna)

Tel. 051 299330

ROBBONI FRANCESCO (CNA Ferrara)

Tel. 0532 749111

RUFFILLI REMO (CNA Forlì-Cesena)

Tel. 0543 770285

SALVINO TERESA (CNA Reggio Emilia)

Tel. 0522 356395

SUZZI ROBERTA (CNA Ravenna)

Tel. 0544 298634

TAGLIAFICHI GIUSEPPINA (CNA Piacenza)

Tel. 0523 572211



L'ECCELLENZA DELLA SANITÀ EMILIANA DUE NUOVI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA SCIENTIFICI A BOLOGNA E A REGGIO

Articolo del 02/02/2011

Entro il 2011 l'Emilia-Romagna potrà contare sulla presenza di quattro Irccs sul suo territorio. Dopo lo "storico" istituto ortopedico Rizzoli di Bologna, lo status è stato acquisito di recente anche dall'istituto per le scienze neurologiche dell'azienda Ausl di Bologna e dall'istituto in oncologia dell'azienda ospedaliera di Reggio Emilia. A loro, entro l'anno, si aggiungerà anche l'istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola, per cui l'iter sarà completato nei prossimi mesi. A ricordarlo è stato l'assessore alla sanità della Regione, Carlo Lusenti, spiegando che si tratta del risultato "di

una politica di lungo periodo che assume la ricerca sanitaria come fondamentale per lo sviluppo".

L'Irccs per le Neuroscienze di Bologna sarà ospitato nell'edificio G dell'ospedale Bellaria. Il costo complessivo della struttura è di circa 53 milioni, e sarà pronta entro la fine dell'anno. Sette le linee di ricerca già attive: patologie neurodegenerative e disordini del movimento, neuromuscolari, del sistema nervoso autonomo e del dolore cefalico, patologie del sonno, epilessie, neurochirurgia, neuroradiologia. Nell'Irccs lavoreranno 527 persone (tra cui 113 medici e

199 infermieri). L'università di Bologna metterà 21 tra docenti e ricercatori, 43 sanitari, 27 tecnici e amministrativi oltre a borsisti e specializzandi.

A Reggio Emilia l'istituto oncologico per tecnologie avanzate e modelli assistenziali, sempre nell'ambito della azienda ospedaliera Reggiana, ha già tre linee di ricerca attive: paziente oncologico complesso, tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia. Per costruire il nuovo polo oncologico da 15.000 metri quadrati l'investimento previsto è di 28,5 milioni. Dovrebbe essere concluso entro il 2012.

24 ORE
Sanità

PAGAMENTO FORNITORI: OLTRE MEZZA EUROPA È FUORI DALLE REGOLE UE

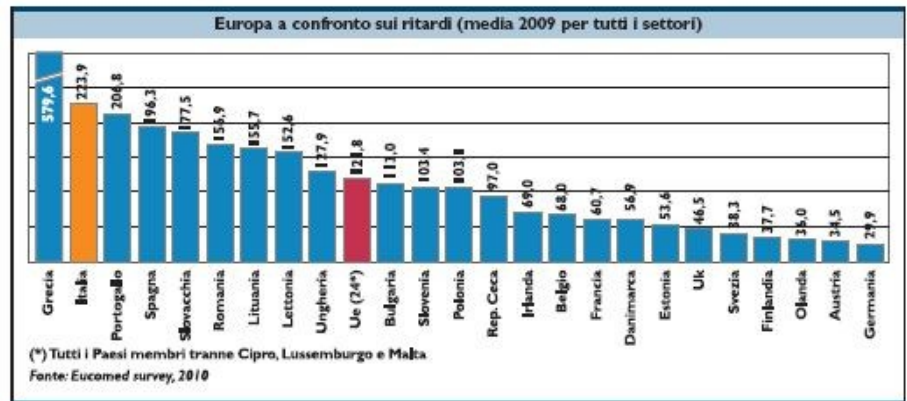
Articolo del 15/02/2011

Il 20 ottobre 2010, il Parlamento europeo ha approvato a larga maggioranza la direttiva sui ritardi di pagamento, che conferma il compromesso raggiunto tra il Consiglio e il Parlamento europeo nel settembre 2010. L'elemento nuovo della direttiva ruota attorno agli obblighi di pagamento per il settore pubblico.

Gli Stati membri dovranno pagare le fatture entro 30 giorni di calendario. Per gli enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria, questo periodo può essere prorogato fino a un massimo di 60 giorni di calendario, nel qual caso, gli Stati membri sono tenuti a presentare una relazione alla Commissione europea.

Dopo la presentazione di questa relazione, la Commissione europea valuterà l'impatto di questa estensione, in particolare sulle piccole e medie imprese (Pmi). Altri miglioramenti nella revisione della direttiva comprendono un aumento degli interessi legali dal 7 all'8%, e la rinuncia a pratiche sleali.

Dopo il voto in seno al Parlamento europeo, il testo sarà adottato dal Consiglio nelle prossime settimane, dopo di che la direttiva sostituirà l'attuale direttiva 2000/17/Ce del momento di pagamento e dovrà essere recepita dagli Stati membri nel diritto nazionale entro due anni dalla pubblicazione.



Come si nota dal grafico in alto oltre due terzi dei Paesi membri (tra cui l'Italia con una preoccupante media di 224 giorni di ritardo), avranno non pochi problemi.

E su questo argomento – ma non solo – a fine 2010 Bruxelles è stata protagonista della scena della Medical technology europea con il forum MedTech 2010 (vedi www.medtechforum.eu), organizzato da Eucomed, l'associazione europea dell'industria biomedica, che rappresenta direttamente e indirettamente 4.500 soggetti che si occupano di tecnologie utilizzate per diagnosi, prevenzio-

ne, trattamento e riabilitazione di malattie e disabilità.

Si tratta di grandi aziende e piccole o medie imprese (le Pmi rappresentano oltre l'80% di questo importante settore), che investono circa 5,8 miliardi di euro in R&S e impiegano 435mila addetti altamente qualificati (vedi www.eucomed.org).

Marino Nonis
Direttore sanitario
Ospedale Cristo Re, Roma



ANDI, NO ALL'ORDINE AUTONOMO DEI DENTISTI

Piena autonomia della professione odontoiatrica ma all'interno della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

È quanto deciso dal Consiglio Nazionale dell'Associazione nazionale dentisti italiani (Andi) in seguito a un sondaggio tra gli iscritti.

La necessità di pronunciarsi si era resa necessaria dopo l'approvazione del disegno di legge sulla salute da parte del Consiglio dei Ministri, che contiene anche la legge delega che affida al governo il compito di riformare gli attuali Ordini in ambito sanitario e istituire quello degli odontoiatri.

Per evitare che le decisioni sulla profes-

sione siano prese dai politici e dai vertici degli attuali organismi ordinistici, l'Andi ha voluto affrontare la questione sondando il parere dei dentisti italiani mediante quesiti inviati via web.

A ritenere necessario che la professione odontoiatrica debba raggiungere la completa autonomia ordinistica rispetto all'attuale situazione sono stati il 55% di coloro che hanno risposto.

Più autonomisti gli over 70 (77%), seguiti da chi ha una età compresa tra i 31 e i 45 anni (64%) e tra i 46 e i 55 anni (54%).



Un'autonomia che, stando a quanto rilevato dal sondaggio, deve però compiersi all'interno dell'attuale Fnomceo: il 76% vuole rimanere con i medici. Ed è questa la decisione definitivamente assunta dal Consiglio nazionale.

FATTURE: AUMENTANO I RITARDI

Articolo del 15/02/2011

Con una media a dicembre 2010 di 278 giorni di ritardo per il pagamento di una fattura contro i 259 di dicembre 2009, peggiora la "lista d'attesa" dei fornitori del Ssn di biomedicali. E se non fosse per la "tenuta" della Lombardia, Regione che assorbe il massimo del fatturato del settore che comunque registra tra tutte le Regioni nel 2010 uno scoperto di oltre 4,9 miliardi, le cose andrebbero ancora peggio, visto che ci sono situazioni come quelle del Molise e della Campania, che hanno allungato i tempi di pagamento per una fattura rispettivamente di 144 e 104 giorni a fine 2010 rispetto allo stesso mese dell'anno precedente.

Lo scoperto sale a 4,9 miliardi

Sono questi i dati che emergono dal consuntivo di fine anno che Assobiomedica, l'associazione dei produttori di biomedicali, traccia sui ritardi nei tempi di pagamento delle aziende sanitarie e del relativo valore del

lo "scoperto economico" a livello regionale.

La situazione messa in evidenza dai dati di Assobiomedica mostra una tendenza al peggioramento da metà 2010, dopo un inizio anno tutto sommato migliore di quello precedente. La forbice infatti si allarga a giugno, quando nel 2009 si era registrato per i mesi successivi e fino a fine anno un netto calo (14 giorni in media) rispetto a maggio nel 2009, mentre nel 2010, partendo da un identico valore di maggio, i giorni sono aumentati.

«I ritardi nei pagamenti da parte della pubblica amministrazione continuano a essere un insostenibile problema per le imprese fornitrici e pare che la situazione non sia destinata a migliorare», sottolinea Angelo Fracassi, presidente di Assobiomedica.

La situazione dei tempi di pagamento era migliorata negli ultimi anni a partire dal 2007, primo anno dei



piani di rientro: tre delle cinque Regioni allora coinvolte (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia) erano quelle che avevano e attualmente hanno le attese più lunghe. Dal 2007 al 2009 poi i tempi di attesa dei fornitori erano sempre mediamente calati, fino a rialzarsi nel 2010, primo anno post-piani di rientro

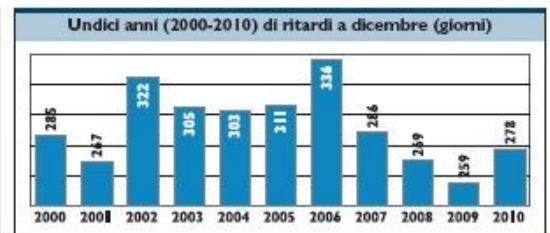
(che tuttavia sono stati conclusi solo in Liguria). E nel 2010 i risultati peggiori sono ancora una volta quelli delle Regioni commissariate.

In Calabria per il pagamento di una fattura i fornitori di biomedicali attendono in media 858 giorni (2,3 anni) con quattordici giorni in più rispetto all'anno precedente. Non va

davvero meglio in Molise: i giorni di ritardo sono 763, ma qui il peggioramento rispetto al 2009 è di ben 144 giorni. Stesso discorso per la Campania, dove i giorni di ritardo a dicembre 2010 sono stati 745: 104 in più dello stesso mese 2009. Va peggio anche nel Lazio (409 giorni contro 352: un aumento di 50 giorni). I

Regioni	Giorni di attesa a dicembre 2010	Giorni di attesa a dicembre 2009	Differenza
Valle d'Aosta	105	131	-26
Piemonte	228	230	-2
Liguria	167	154	13
Lombardia	108	104	4
Trentino A.A.	75	75	0
Veneto	262	216	46
Friuli	73	75	-2
Emilia R.	263	252	11
Toscana	198	197	1
Marche	93	106	-13
Umbria	150	117	33
Abruzzo	204	177	27
Molise	763	619	144
Lazio	402	352	50
Campania	745	641	104
Basilicata	127	143	-16
Puglia	312	357	-45
Calabria	858	784	74
Sicilia	264	215	49
Sardegna	255	292	-37
Italia	278	259	19

Regione	Stima scoperto	% scoperto	Gg ritardo dicembre 2010
Valle d'Aosta	5.749	0,1%	105
Piemonte	354.049	7,2%	228
Liguria	109.403	2,2%	167
Lombardia	276.256	5,6%	108
Trentino A.A.	22.958	0,5%	75
Veneto	412.653	8,4%	262
Friuli	35.318	0,7%	73
Emilia R.	416.492	8,4%	263
Toscana	290.653	5,9%	198
Marche	49.309	1,0%	93
Umbria	42.841	0,9%	150
Abruzzo	105.442	2,1%	204
Molise	96.458	2,0%	763
Lazio	709.739	14,4%	402
Campania	845.581	17,1%	745
Basilicata	19.745	0,4%	127
Puglia	380.594	7,7%	312
Calabria	408.360	8,3%	858
Sicilia	241.494	4,9%	264
Sardegna	111.803	2,3%	255
Italia	4.934.898	100,0%	278



Nella classifica dei tempi minori di pagamento ci sono però anche la Lombardia con 108 giorni (4 in più di dicembre 2009) e le Marche con 93 giorni (13 in meno dell'anno precedente), che tuttavia per l'entità dei loro fatturati alzano un po' l'asticella dello scoperto: rispettivamente 5,6 e 1% del totale.

Tutto questo nonostante una recente direttiva Ue (v. anche articolo a pagina 18) abbia limitato i tempi di pagamento delle fatture a 60 giorni. A questo proposito però, sottolinea ancora Fracassi, Assobiomedica ha anche «ripetutamente sottolineato come sono più che legittimi i dubbi sui tempi di recepimento (2 anni) della direttiva europea che rafforza l'obbligo per le aziende sanitarie di pagare le fatture entro 60 giorni, con la previsione di pesanti interessi in caso di sfioramento, sulla capacità di smaltire il debito accumulato e sulla creatività nel trovare modi e procedure per bypassare l'obbligo».

«Non bisogna inoltre dimenticare - continua Fracassi - che nel settore sanitario non sono stati introdotti quei cambiamenti strutturali necessari per garantire il rispetto dei termini di pagamento fissati dall'Europa. Anzi si sono introdotti impedimenti normativi alla possibilità di ottenere il saldo dei crediti. Segnale chiaro è lo stop ai pignoramenti, previsto dalla legge di stabilità. La legge infatti prevede, nelle Regioni commissariate, il congelamento delle azioni esecutive dei creditori fino a tutto il 2011. Vista la perdurante disastrosa situazione dei ritardi nei pagamenti unita alle ben note difficoltà economiche indotte dalla crisi perdurante, Assobiomedica sta valutando i termini per una più decisa azione di difesa dei legittimi interessi dei propri associati».

Tempi più brevi in Trentino e Friuli

tempi si allungano anche in Abruzzo (+27) e in Sicilia (+49), ma nel complesso queste due Regioni presentano attese comunque inferiori alle altre con forti deficit: rispettivamente 204 e 264 giorni di ritardo.

Per le imprese di settore tuttavia, quel che conta è la percentuale di scoperto economico che è proporzio-

nale al rapporto tra peso dei fatturati locali e ritardi.

Lo scoperto peggiore è quello della Campania che sfiora gli 850 milioni e assorbe il 17,1% dei crediti delle imprese di settore, seguita dal Lazio con poco più di 709 milioni e il 14,4% di tutto lo scoperto nazionale. Sul versante opposto ci sono le

Regioni più piccole e con minori fatturati che tuttavia sono anche quelle con i ritardi minori. Friuli Venezia Giulia (73 giorni di ritardo), Trentino Alto Adige (75), Valle d'Aosta (105), Basilicata (127) e Umbria (150) raggiungono tutte insieme appena il 2,6% di scoperto, poco più di 128 milioni.

Paolo Del Bufalo

© ASSOCIATI ASSOCIATI

L'APPROFONDIMENTO

CRITICA DEI MEDICI: UN FEDERALISMO "FRETTOSO"



Come uscire dalle dinamiche inerziali della spesa storica in Sanità? Se è incontestabile che una siringa debba costare più o meno la stessa cifra a Bolzano e a Reggio Calabria, è ugualmente vero che i costi di una prestazione sanitaria possono essere stabiliti in modo uniforme ovunque?

La delega sul federalismo (legge 42/2009) stabilisce che le spese riconducibili alla lettera *m*), secondo comma, dell'articolo 117 della Costituzione (livelli essenziali di assistenza) debbano essere regolate da Dlgs informati a molteplici principi e criteri direttivi generali, tra i quali la «determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica».

La legge non specifica oltre cosa debba intendersi per costo standard, e nell'immaginario politico il termine è diventato la soluzione di tutti i mali della Sanità, proposta e ripetuta all'infinito, quasi fosse un "mantra". Adesso il Governo ha licenziato il Dlgs, e non sono tutte rose, anzi.

Non è così semplice definire ex ante criteri relativi a situazioni complesse come le prestazioni socio-sanitarie atte a garantire i Lea. Più precisamente, mentre per le prestazioni ospedaliere e per quelle di diagnostica strumentale forse si può sperare di arrivare in prospettiva (comunque scontando una certa variabilità dei percorsi terapeutici) a una contabilità analitica accettabile, l'obiettivo appare fuori portata per i servizi di medicina territoriale e di prevenzione: i costi di salute infatti non sono uguali nelle Regioni, essendo influenzati da fattori molteplici che non possono

essere ignorati (demografici, sociali, ambientali, occupazionali: il cosiddetto «indice di deprivazione sociale», che se applicato consentirebbe una distribuzione di risorse più equa dell'attuale su base «scientifica» invece che affidata alla pura intermediazione politica). A queste considerazioni si aggiunge una ulteriore preoccupazione: i Lea devono ancora essere ridefiniti. Ma il Governo ha voluto accelerare l'iter del decreto attuativo: quali le novità?

Finora veniva definito il fabbisogno complessivo in base a una scelta politica ex ante circa l'ammontare di risorse da

mettere a disposizione del Ssn, per poi procedere al riparto tra le Regioni attraverso una formula basata su alcuni parametri (struttura demografica e caratteristiche epidemiologiche). Il Patto per la Salute siglato nel settembre 2006 ha rappresentato l'espressione

migliore di questa impostazione, adeguando le risorse a disposizione del Ssn a livelli più realistici, prefissandole per il triennio 2007-2009, rafforzando le regole di vincolo sui bilanci regionali, prefissando le percentuali di riparto per il triennio in accordo con le Regioni, varando piani di rientro per le Regioni in grave disavanzo.

Il risultato del Patto si può riassumere in un significativo contenimento della spesa rispetto alle dinamiche del quinquennio precedente e in una responsabilizzazione maggiore delle Regioni; in prospettiva, si sarebbero dovute rivedere le modalità di finanziamento regionale attraverso analisi più approfondite sulle performance del sistema (costi aggregati, benchmarking ecc.). Sappiamo come è andata a finire, con l'anticipata interruzione del Patto dettata dalla manovra finanziaria dell'estate 2008, che ridu-

ceva le risorse del Ssn di 2 miliardi nel 2010 e di 3 miliardi nel 2011, con il Patto della salute 2010-2012 che taglia 10mila posti letto e personale e per finire con la manovra di luglio 2010 che taglia ulteriori 8,5 miliardi alle Regioni.

E arriviamo al testo che ha appena avuto il via libera del Governo. I costi standard saranno applicati a partire dal 2013 (con possibilità di allineamento entro il 2018). Se però qualcuno si attendeva grandi novità e miglioramenti rispetto alle impostazioni precedenti si ricreda subito. L'impostazione di base è la stessa che in passato, con alcune aggravanti. Nel calcolo dei costi standard infatti il Dlgs fa riferimento di nuovo alla spesa pro capite (pesata) in una o più Regioni ritenute complessivamente più efficienti, riducendo corrispondentemente il finanziamento per le altre.

È una scorciatoia rozza e discutibile, perché il criterio di efficienza è stabilito in base agli equilibri di bilancio e non considera la qualità e quantità dei servizi erogati e le difficoltà nell'erogarli.

È andata totalmente delusa l'aspettativa di chi auspicava un sistema che penalizzasse le inefficienze e finanziasse le prestazioni sanitarie necessarie a soddisfare i bisogni di salute.

Nel Dlgs si parte da un equivoco di fondo: che le Regioni a spesa più bassa siano le più efficienti. Ma la spesa di Lombardia e Veneto, tanto per fare nomi, è più bassa per tre motivi: perché sono Regioni con popolazione più giovane, perché sono più ricche, e perché sono abbastanza efficienti. Le prime due cause di bassa spesa, se generalizzate nel contesto nazionale, rischiano di diventare gravi elementi di distorsione.

Il testo governativo afferma inoltre che saranno ritenute efficienti solo le Regioni che chiuderanno i bilanci in pareggio (3 Regioni faranno da benchmark ogni anno). Solo 4 o 5 Regioni del Nord, con popolazione giovane e alta spesa privata, chiuderanno i bilanci

**Risorse all'osso:
così il Patto per
la salute finisce
nei cassetti**

SEGUE L'APPROFONDIMENTO

Articolo del 18/01/2011

24 ORE
Sanità



**GLI
ODONTOTECNICI
RECLAMANO
CHIARIMENTI
SUI FABBRICANTI
DI DISPOSITIVI
SU MISURA.**

alla pari e saranno considerate efficienti e virtuose. E questo è un palese falso ideologico. E le Regioni a popolazione anziana? Il fattore età è la principale variabile di spesa in Sanità; un anziano costa in media 3,8 volte quanto un adulto. Altro fattore da considerare e non considerato è la spesa privata: la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 74% della spesa totale nelle Regioni più ricche del Nord, e l'82% in quelle più povere del Sud. A esempio, nel 2007, la spesa farmaceutica in Sicilia era di 227 euro pro capite e copriva il 66% dei consumi, in Lombardia di 170 euro per solo il 55% dei consumi.

Ma non è tutto: paradossalmente, se una Regione ad alto costo pro capite per svariati motivi (a esempio per elevata media di età, come la Liguria) chiudesse comunque in pareggio, potrebbe essere considerata Regione

“benchmark” e determinare un aumento generalizzato dei costi standard.

Sappiamo che non sarà così, anzi che sarà l'opposto: il budget 2012, già approvato, è di 110 miliardi di euro, ma quello del 2013, stimato applicando i costi standard delle 3 Regioni virtuose, potrebbe rimanere fermo o ridursi a 109 o addirittura ridursi di 5,8 miliardi secondo le stime del Cerm.

Le Regioni, oltre a reclamare una revisione dei pesantissimi tagli imposti dalla manovra, hanno anche respinto questa impostazione, chiedendo che i riferimenti per i costi standard siano tutte quelle realtà che avranno garantito l'erogazione dei Lea in condizioni di equilibrio economico, principio ben diverso dal mero pareggio di bilancio.

Riassumendo, la delusione è tanta:

- nel Dlgs non si parla di costi standard per prestazione, come la legge

42/2009 pareva indicare, ma di costi standard per abitante, con un metodo di calcolo più rozzo del precedente. Si pone un problema di eccesso di delega, con ricorso alla Corte costituzionale?

- si introduce un concetto di efficienza e virtuosità avulso dalla realtà socio-sanitaria del Paese, basato su elementi solo finanziari (pareggio di bilancio);
- le vere inefficienze non sono considerate, e rimarranno perpetuando la loro “storicità”; i costi standard così definiti diventano irrilevanti per stimolare l'efficienza delle Regioni;
- diminuirà il finanziamento del Ssn;

Conflittualità in aumento: si acuiranno gli squilibri locali

- non verranno risolti, anzi si acuiranno, gli squilibri tra Regioni: quelle più povere rischieranno di avere maggiori problemi di adesso;

- aumenteranno conflittualità tra Regioni e discrezionalità della peggiore politica.

In conclusione, la fretta dettata dalla necessità di “portare a casa” un federalismo di facciata buono per la prossima campagna elettorale ha generato pessimi frutti.

Certo la questione non è di facile soluzione. Significa: determinare i Lea, determinare un costo standard analitico per prestazioni (non per abitante), considerare le variabili regionali, verificare la compatibilità con i fattori macroeconomici, contenere il rischio di scelte “romane”, viziate dallo strabismo dell'essere questa o quella Regione più vicina o più lontana dalla maggioranza parlamentare.

Utopia chiedere ciò alla politica?

**Maurizio Andreoli Andreoni
Gianfranco Rivellini**
Centro studi del Sindacato medici
italiani (Smi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le scriventi Associazioni intendono porre alla V. attenzione alcune anomalie che si stanno verificando rispetto alle norme di riferimento previste per la registrazione all'elenco dei fabbricanti di dispositivi medici su misura, istituito presso il Ministero della Salute.

Si registra, infatti, un proliferare di “soggetti” che si iscrivono a detto registro attraverso il relativo sito internet, in assenza dei requisiti necessari all'avviamento di un'impresa.

Parallelamente, si rileva l'aumento esponenziale di messaggi pubblicitari rivolti agli studi odontoiatrici da parte aziende fornitrici di materiali e macchinari di attrezzature per la fabbricazione di dispositivi medici su misura.

Si sottolinea, al riguardo, come i DMM realizzati dagli odontoiatri vengano immessi sul mercato ignorando gli obblighi previsti dalla Direttiva 93/42/CEE, così come modificata dalla Direttiva 2007/47/CE e dai relativi decreti di attuazione, a cui sono invece sottoposti i laboratori odontotecnici, con particolare riferimento all'iscrizione al registro dei fabbricanti, alla dichiarazione dei dispositivi realizzati ed alla documentazione di accompagnamento di ciascun dispositivo (dichiarazione di conformità, etichettatura ed istruzioni, fascicolo tecnico relativo all'analisi dei rischi).

E' evidente come questo si possa ripercuotere negativamente sulla qualità e sulla durata del dispositivo, causando danni a carico dell'utente, sia dal punto vista sanitario che economico.

Tale situazione è ulteriormente aggravata dalla mancanza di chiarezza che tuttora persiste rispetto alla tracciabilità dei cosiddetti “semilavorati” - che di fatto sono complemento integrale della progettazione tecnica, competenza esclusiva dell'odontotecnico, come da sentenza della terza sessione del TAR del Lazio n.8185/2003 del 28 Agosto 2003 - in ordine ai materiali ed alle procedure di realizzazione. [...]

**Confartigianato Odontotecnici
CNA / SNO
FNO/Casartigiani
CIO Confesercenti
ANTLO**



PIANO DI INDIRIZZO PER LA RIABILITAZIONE; LE ASSOCIAZIONI: "INADEGUATO E CONTROPRODUCENTE"

"Un documento autoreferenziale e non adeguato all'evoluzione che la Riabilitazione ed il Sistema Sanitario hanno subito in Italia, specie negli ultimi anni. Si parte da una scarsa o nulla attenzione alla necessità biologiche, psicologiche e sociali della persona, quindi non si prevede la sinergia necessaria tra personale sanitario, famiglia, caregiver.

Sono assenti le valutazioni delle performance dei servizi territoriali, mancano le statistiche e quindi le soluzioni alle storiche carenze di strutture per l'assistenza. E molto altro. Per questo ci auguriamo che il piano così com'è non venga recepito dalle Regioni in fase attuativa in quanto comporterebbe anche una incomprensibile ed insostenibile esposizione economica".

E' questo il giudizio che emerge di fronte al nuovo 'Piano di indirizzo per la Riabilitazione', presentato il 2 dicembre 2010 al Ministero della Salute (dopo 12 anni dalla pubblicazione delle "Linee guida sulla riabilitazione") secondo le quattro principali sigle coinvolte a vario titolo in questo settore: l'Associazione Italiana Fisioterapisti (Aifi), la Federazione dei Logopedisti (FLI), la Federazione Italiana per il Superamento Handicap (Fish) e Cittadinanzattiva con le sue due 'reti': quella del Tribunale per i diritti del Malato e quella del Coordinamento Nazionale Associazioni dei Malati Cronici. Tutto questo ad un giorno

dalla votazione del testo in Conferenza Stato Regioni, prevista proprio domani, 10 febbraio.

"Questo 'nuovo' Piano – dice Antonio Bortone, Presidente AIFI – sembra non cogliere l'orientamento della riabilitazione attenta alle necessità biologiche, psicologiche e sociali della persona e della diversa formazione del corpo professionale sanitario per aiutarlo nel reinserimento della vita quotidiana e relazionale. Possiamo già dire che come AIFI ci impegneremo da subito ad analizzare adeguatamente tutte le eventuali delibere attuative e a valutarne eventuali termini d'illegalità rispetto alle Linee guida del 1998.

"Inoltre – aggiunge Tiziana Rossetto, Presidente FLI – svisisce e arresta la cultura dell'interdisciplinarietà che alimenta il lavoro di ogni équipe dove, il concetto di appropriatezza, si lega al concetto di competenza professionale di ogni Professionista della Riabilitazione chiamato a rispondere dei propri programmi con obiettivi specifici". "Questo implica – continua Pietro Barbieri, Presidente della FISH – una 'presa in carico del paziente' che prevede già dalla definizione del progetto riabilitativo la piena condivisione tra il personale sanitario, la persona interessata, il nucleo familiare e il caregiver e che questo piano non contempla, anzi nega".

Un coinvolgimento che deve pertanto

assicurare alla persona con disabilità la possibilità di una continuità delle cure attraverso servizi territoriali in grado di assolvere a tutte le effettive esigenze di salute dei cittadini, un aspetto quest'ultimo trascurato dal piano.

Le previsioni di forme di valutazioni delle performance dei servizi, in particolare di quelli territoriali, sono disattese e le statistiche inerenti alla diffusione regionale di alcune tipologie di strutture non sono corrispondenti nel Piano, allo stato reale della loro presenza sul territorio.

"Occorrerebbe maggiore attenzione – dicono Francesca Moccia e Tonino Aceti di Cittadinanzattiva – anche al monitoraggio delle attività e l'offerta dei posti letto delle strutture, in linea con quanto previsto invece dall'Intesa Stato Regioni – Patto per la salute 2010-2012".

"Cosa ancora più grave – sostengono i quattro rappresentanti delle associazioni – è la scarsità, per non dire l'assenza, di considerazioni su interventi e strategie per alcune condizioni specifiche di disabilità, prime fra tutte quella intellettiva e/o relazionale".



NUOVE REGOLE SU RICONOSCIMENTO TITOLI DI STUDIO

Cambiano le regole in materia di riconoscimento dei titoli di studio conseguiti dai professionisti della Sanità in paesi della Comunità europea o extracomunitari. L'aggiornamento arriva dal decreto ministeriale 268/2010, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale di sabato scorso. Il testo riguarda medici (chirurghi, specialisti o veterinari), farmacisti, odontoiatri, psicologi, ostetrici, tecnici di radiologia e infermieri che presentano richiesta di riconoscimento dei titoli maturati all'estero: una volta accolta dal Ministero la doman-



da, il candidato dovrà sottoporsi a un esame attitudinale diretto «ad accertare le conoscenze, le competenze e le abilità necessarie per l'esercizio della professione», imperniato sulle materie sulle materie che «non sono contemplate dai titoli di formazione del richiedente e la cui conoscenza è condizione essenziale per poter esercitare in Italia la relativa professione». L'esame, in particolare, consiste in una prova scritta o pratica e in una prova orale, subordinata al superamento della prima. Lo

scritto consiste in un questionario a risposta multipla, la prova pratica in una dimostrazione di competenze e abilità «inerenti l'esercizio della professione e riferite a casi operativi». In caso di esito positivo dell'esame, il candidato accede a un periodo di tirocinio formativo non superiore ai tre anni, da effettuare nelle università sede di corso di laurea, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico o in una struttura ospedaliera del Ssn. Al termine, una relazione curata dai tutor del tirocinante trasmessa al ministero della Salute certificherà la preparazione del professionista o valuterà l'opportunità di un prolungamento del tirocinio.



PD EMILIA ROMAGNA: ALLEANZA SANITÀ RICERCA E IMPRESE PER L'INNOVAZIONE

Più collaborazione tra Aziende sanitarie, imprese biomedicali e farmaceutiche e laboratori della Rete Alta tecnologia. Perché da questa alleanza possono nascere "soluzioni innovative" capaci di dare "risposta a problemi assistenziali individuati sulla base delle esigenze dei pazienti e degli operatori" ma anche un aiuto concreto "allo sviluppo delle filiere industriali della scienza della vita". Lo chiedono i consiglieri regionali del PD in una risoluzione presentata in Assemblea legislativa

"Il settore manifatturiero delle scienze della vita è strategico per l'intero sistema economico regionale, per l'elevato contenuto di ricerca ed innovazione dei prodotti/servizi, per le potenzialità di sviluppo tecnologico, per l'impatto sulle prestazioni e sui servizi del Sistema Sanitario regionale e per le possibili ricadute su altre specializzazioni produttive". Per questo, facendo leva sulle tante realtà positive esistenti, è opportuno favorire un salto di qualità.

La base di partenza è ben evidente: la Rete Alta tecnologia comprende 4 laboratori di interesse per il settore biomedicale e delle tecnologie per la salute e i programmi di ricerca di questi laboratori hanno previsto investimenti pari a 9,1 milioni di euro, a fronte di un contributo regionale di 6,1 milioni di euro. Già oggi, poi, le "imprese del settore riconoscono il Servizio Sanitario Regionale quale punto di eccellenza nel panorama europeo e mondiale" mentre quest'ultimo "ha da tempo individuato nella ricerca un elemento fondamentale per il proprio sviluppo tecnologico, clinico ed organizzativo".

La risoluzione presentata impegna la Giunta a promuovere iniziative strutturate e regolate di collaborazione tra aziende del Servizio Sanitario Regionale ed imprenditoria regionale del settore farmaceutico e biomedicale, orientate a favorire la ideazione e lo sviluppo di soluzioni innovative ai bisogni assistenziali, collaborando così allo sviluppo

delle filiere industriali della scienza della vita. Si chiede inoltre la collaborazione tra SSR e rete regionale per l'alta tecnologia, coordinata da ASTER (in particolare con i laboratori della piattaforma delle scienze della vita), per una maggiore integrazione tra le iniziative di ricerca avviate dalle Aziende Sanitarie e le attività della rete regionale per l'alta tecnologia rivolta alle imprese.



LE NORME TECNICHE CI AIUTANO A MANTENERE SANI DENTI E GENGIVE

Lavarsi i denti dopo ogni pasto, scegliere l'adeguato spazzolino e sostituirlo spesso, utilizzare il filo interdentale, scegliere un buon dentifricio sono tutte azioni che aiutano a prevenire le malattie di denti e gengive.

Per la scelta di questi prodotti ci vengono in aiuto anche le norme tecniche, che garantiscono al consumatore sicurezza, qualità, rispetto dell'ambiente e prestazioni.

"Odontoiatria - Dentifrici - Requisiti, metodi di prova e marcatura" è il titolo della norma UNI EN ISO 11609, che specifica i requisiti delle proprietà fisiche e chimiche dei dentifrici e fornisce, oltre a una guida per gli appropriati metodi di prova, i requisiti per la loro marcatura, etichettatura e imballaggio. La norma, che si applica ai dentifrici



destinati ad essere utilizzati quotidianamente dai consumatori al fine di promuovere la loro igiene orale, riporta requisiti relativi a: fluoro totale contenuto, metalli pesanti, pH, microbiologia, abrasività. Tra i metodi di prova troviamo quello per la determinazione del pH, dell'abrasività (dello smalto e dentina), della stabilità.

La norma sostituisce la UNI EN ISO 11609 del 2001.

Passiamo agli spazzolini da denti, classificati nella norma in tre tipologie. La UNI EN ISO 16409 "Odontoiatria - Prodotti

per l'igiene orale - Spazzolini interdentali manuali" (che sostituisce l'edizione 2007) specifica i requisiti e i metodi di prova per i criteri di prestazione degli spazzolini interdentali manuali con la testa della spazzola a sezione circolare.

La norma riporta anche le indicazioni del fabbricante relative alle istruzioni per l'uso e alla marcatura dell'imballaggio.

L'uso dello spazzolino dovrebbe essere affiancato dall'uso del filo interdentale: si applica al porta filo e al filo interdentale integrato per uso manuale la nuova norma UNI EN ISO 28158 "Odontoiatria - Porta filo e filo interdentale integrato", elaborata allo scopo di presentare i requisiti e i metodi di prova per questi prodotti utilizzati per la cura professionale o domestica dell'igiene orale o come parte di un trattamento dentale. I requisiti si riferiscono ai materiali, alla forma e alla resistenza.

Queste norme tecniche devono essere utilizzate dal fabbricante per poter fornire sul mercato prodotti per l'igiene orale adeguati e soprattutto con caratteristiche di sicurezza in linea con lo stato dell'arte.

Tratto dalla rivista: "Unificazione & Certificazione" n. 10/2010



EMILIA ROMAGNA DISABILITÀ, AGGIORNATI I CRITERI D'ACCESSO AI CONTRIBUTI PER L'ACQUISTO DI VEICOLI E AUSILI

Dallo scorso 1 gennaio sono cambiati i limiti Isee e i tetti di spesa massima previsti dalla Legge regionale 29/97

Per l'acquisto di veicoli e di ausili per le persone con disabilità, dallo scorso 1 gennaio sono stati aggiornati i limiti reddituali e i tetti di spesa ammissibile per l'accesso ai contributi previsti dagli articoli 9 e 10 della Legge regionale 29/97.

Per comprare un veicolo con adattamenti particolari, o per modificare i comandi di guida, la carrozzeria e la sistemazione interna dell'automobile, il valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (Isee) riferito al nucleo familiare non deve essere superiore a 22.110 euro. Il limite dell'Isee scende a 13.687 euro in caso si acquisti un autoveicolo destinato abitualmente alla mobilità di una persona disabile.

Cambia anche l'entità dei finanziamenti: per l'acquisto di un autoveicolo adattato, il contributo può ammontare fino al 15% della spesa sostenuta, con una spesa massima ammissibile che non deve superare i 32.693 euro; in caso di adattamento di un autoveicolo, il contributo è pari al 50% della spesa sostenuta (tetto massimo di spesa ammissibile di 8.718 euro); in caso di acquisto

di un autoveicolo senza adattamenti particolari, il contributo è del 15% (spesa massima ammissibile di 10.898 euro); contributo del 20%, infine, in caso di modifica degli strumenti di guida per i titolari di patente speciale.

Aggiornati anche i limiti reddituali e i tetti di spesa per l'acquisto di strumentazioni, attrezzature e arredi in grado di migliorare gli ambienti domestici e la qualità della vita nella propria abitazione. Possono chiedere i contributi i cittadini in una situazione di handicap grave accertata dall'apposita Commissione sanitaria presso l'Azienda Usl di residenza, o chi ne esercita la potestà, la tutela o l'amministrazione di sostegno. Ulteriore requisito di accesso ai contributi è un valore dell'Isee non superiore a 22.110 euro.

Il contributo ammonta al 50% della spesa sostenuta, con un tetto massimo di spesa ammissibile che varia al variare degli ausili e delle attrezzature: è di 14.167 euro per l'acquisto di strumenta-

zioni tecnologiche ed informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane (come, a esempio, automazioni e motorizzazioni di porte e finestre, telefoni speciali e strumentazioni di tele-soccorso); 11.988 euro per l'acquisto di attrezzature e arredi personalizzati per migliorare la fruibilità della propria abitazione; 4.359 euro per l'acquisto delle tecnologie necessarie per svolgere attività di studio, lavoro e riabilitazione a domicilio (come computer, ausili speciali e postazioni di lavoro adatte).

I contributi per l'acquisto di veicoli e ausili saranno erogati in ordine di graduatoria fino a esaurimento delle risorse disponibili. Le domande devono essere presentate al proprio Comune di residenza, o a un altro ente delegato dal proprio Comune. La domanda deve essere redatta sull'apposito modulo reperibile presso il Comune e sulle pagine dedicate ai contributi per persone disabili in Emiliaromagnasociale.it.



PRODOTTI UTILIZZATI PER LA DETERSIONE E L'IGIENE DEI PAZIENTI



Ministero della Salute

Dipartimento della Innovazione
Direzione Generale dei farmaci e dei dispositivi medici
Ufficio III - Dispositivi medici - Via G. Ribotta, 3 - 00144 Roma
Tel. 06.3994.1 PEC: dg@ministerosalute.it

DGFDMLIII/P/2875/L.L.B./2011/110

Circolare 27 gennaio 2011

I prodotti in oggetto, in genere presentati sotto forma di manopole o spugne, anche pre-saponate, vengono utilizzati anche in ambito ospedaliero per l'igiene e pulizia dei pazienti.

Risulta che varie aziende fabbricanti hanno marcato CE tali prodotti come dispositivi medici, ai sensi del D.lgs. 46/97 (attuazione della direttiva 93/42/CE), ed hanno inserito gli stessi nella Banca Dati dei dispositivi medici di questo Ministero.

A tal proposito si fa presente che i prodotti di cui trattasi, alla luce della loro destinazione d'uso e della definizione di dispositivo medico di cui all'art.1, c.2 lettera a), del predetto decreto, non rientrano nell'ambito di applicazione del decreto stesso e, pertanto, non devono recare la marcatura CE di dispositivo medico. Peraltro il medesimo concetto, per quanto riguarda i prodotti cosmetici e per l'igiene della persona, è espresso nella Linea Guida europea MEDDEV 2.1/1 (Aprile 1994), in partico-

lare al punto 1.1 lettera d).

Al fine di garantire una omogenea applicazione della direttiva sopracitata, questa Direzione sta richiedendo alle aziende fabbricanti che hanno marcato CE tali prodotti di eliminare il predetto marchio CE dagli stampati e di non definire i prodotti stessi come dispositivi medici.

Le SS.LL. sono invitate a dare ampia diffusione della presente nota presso tutti i soggetti interessati (fabbricanti, produttori terzi, distributori ed utilizzatori dei prodotti in questione).

IL CAPO DIPARTIMENTO
F.to Dott. Romano Marabelli



LENTI A CONTATTO: SÌ ALL'ON-LINE

Articolo del 18/01/2011



Il nostro ordinamento giuridico - in forza del Dm 3/2/1993 del ministero della Salute sulla «Guida al corretto utilizzo delle lenti a contatto, avvertenze e precauzioni e rischi collegati all'uso» nonché della nota del ministero della Salute prot. 0038057 - P 25.06.2009 - vieta la vendita on-line delle lenti a contatto.

Con tutta probabilità tale posizione dovrà essere rivista alla luce della recente sentenza Cgce 2 dicembre 2010 C-108/09.

La situazione analizzata dai giudici comunitari è infatti del tutto analoga a quella nazionale.

Sito idoneo per il fornitore

Questi i fatti da cui trae origine, sul territorio ungherese, la pronuncia della Corte.

Il Servizio sanitario nazionale ungherese, avvedutosi del fatto che una ditta locale svolgeva la vendita on line di lenti a contatto, ne vietava la prosecuzione sulla base di un Regolamento del ministero della Salute ungherese secondo il quale non era lecito commercializzare a mezzo internet tali dispositivi.

L'azienda destinataria del provvedimento faceva ricorso contro lo stesso invocando la legge ungherese Cvi-II/2001 sul commercio elettronico e sui servizi della società dell'informazione,

la quale all'art. 3, garantisce il libero esercizio senza restrizioni dell'attività di prestatore di un servizio della società dell'informazione.

Il Servizio sanitario ungherese si appellava allora nell'ambito del giudizio al 18° considerando della direttiva comunitaria 2000/31 sul commercio elettronico, la quale escluderebbe che la vendita di lenti a contatto on line costituisca una vendita elettronica, come tale non liberamente praticabile ai sensi della legge nazionale ungherese Cvi-II/2001.

Secondo la direttiva, infatti, non costituiscono servizi della società dell'informazione quelle attività commerciali che, per la loro natura, non possono essere effettuate a distanza, come, appunto, le consulenze mediche che presuppongono un esame fisico del paziente.

E la vendita di lenti a contatto, secondo il Servizio sanitario, avrebbe richiesto un esame del genere a tutela della sicurezza dei consumatori, con la conseguenza di non poter essere praticata on line.

Il giudice investito della controversia decideva di rimetterla alla Corte di giustizia dell'Unione europea, sottoponendole le seguenti questioni:

● se la vendita di lenti a contatto possa avvenire solo nei negozi specializzati;

● se, in caso contrario, la disciplina ungherese che permette la vendita solo nei negozi specializzati sia in contrasto con l'art. 28 CE sul principio di libera circolazione delle merci.

La Corte di giustizia, con la sentenza qui in esame, ha statuito che, in fase di vendita, la presenza dell'ottico è senza dubbio utile e opportuna per la sicurezza dei consumatori, potendo lo stesso, attraverso consigli ed esami, indirizzare i clienti verso le lenti più appropriate e sulle corrette modalità d'uso.

Nonostante tale tutela del paziente, a parere della Corte, può essere realizzata con mezzi che non impongano misure così restrittive del principio di libera circolazione delle merci. Più esattamente la sentenza afferma che:

1. circa la necessità dell'esame degli occhi e del consiglio da parte dell'ottico, secondo i Giudici i clienti possono essere consigliati, in modo equivalente, prima della consegna delle lenti a contatto, nell'ambito della commercializzazione di queste ultime via Internet, e ciò tramite elementi interattivi esistenti nel sito Internet interessato, i quali devono obbligatoriamente essere utilizzati dal cliente prima di poter procedere all'acquisto di dette lenti (v., in tal senso, per quanto concerne la commercializzazione di medicinali via Internet, sentenza Deutscher Apothekerverband, cit., punto 114);

2. circa la necessità della determinazione da parte dell'ottico del tipo di lenti nonché posizionamento della corretta manutenzione occorre rilevare che dette prestazioni s'impongono, in linea di principio, soltanto all'atto della prima consegna di lenti a contatto. Infatti, nel corso delle successive forniture, non è necessario, di regola, fornire al cliente prestazioni simili. È sufficiente che il cliente segnali al venditore il tipo di lenti consegnategli durante la prima fornitura, poiché le caratteristiche di queste lenti sono state adattate, se del caso, da un medico oftalmologo che ha effettuato una nuova prescrizione, la quale tiene conto di variazioni della vista del cliente;

3. circa informazioni e consigli supplementari in caso di uso prolungato la Corte sostiene che gli stessi

possono essere forniti al paziente tramite elementi interattivi presenti nel sito Internet del fornitore.

Conseguentemente, la Corte di giustizia ha statuito che, ove la legge nazionale di uno stato membro vieti, anche in presenza di tali adempimenti, le vendite on line di lenti a contatto, possa senz'altro qualificarsi come in contrasto con il principio comunitario di libera circolazione delle merci.

Pertanto, alla luce della pronuncia della Corte di giustizia e stante, soprattutto, l'identità di molti casi italiani, il secco divieto imposto dal nostro legislatore sembra allentarsi un poco.

Deve, infatti, ipotizzarsi che, analogamente al caso ungherese, anche il nostro ordinamento debba aprirsi alla possibilità di effettuazione delle vendite on line di lenti a contatto, ove, naturalmente, effettuate con i dovuti accorgimenti illustrati dalla Corte di Giustizia.

In ogni caso, vista la portata innovativa della sentenza, si auspica sulla tematica una tempestiva puntualizzazione da parte delle nostre Autorità.

Silvia Stefanelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



POLICY ALL'EUROPEA PER L'ODONTOIATRIA ITALIANA

Articolo del 21/12/2010



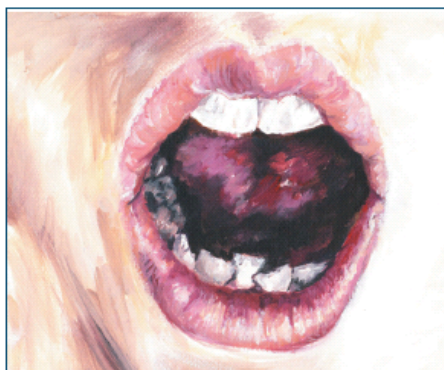
Per comprendere il posizionamento di un segmento della nostra economia o del nostro welfare l'approccio più semplice e più fertile è quello di posizionarlo in un confronto relativo con i paesi Ue che riteniamo benchmark (nel caso del welfare Germania, Francia e Uk).

L'Italia è il Paese che spende più di tutti per l'odontoiatria, più del doppio rispetto a Francia e Uk. Spendiamo tra i 10 e i 12 mld di euro all'anno (a secondo dell'andamento della congiuntura), ovvero 200 euro per abitante. Siamo l'unico Paese in cui il settore è interamente pagato privatamente dalle famiglie con una logica out of pocket (97% della spesa) senza logiche di redistribuzione del rischio o del reddito. Negli altri Paesi Ue il settore è largamente finanziato e regolato dal sistema sanitario pubblico o mutualistico (dall'80% al 50% della spesa).

Pur essendo il Paese che spende largamente di più, abbiamo metà della popolazione che non va mai dal dentista e i peggiori risultati epidemiologici complessivi, proprio a causa della mancata copertura assicurativa. Siamo vittime del mancato rispetto delle fondamentali leggi dell'economia sanitaria, la cui comprensione ci ha portato alla costituzione di un sistema sanitario nazionale, che, nel complesso, sappiamo essere poco costoso, efficace ed equo (nei ranking mondiali siamo sempre

Indicatori	Francia	Uk	Germania	Italia
Percentuale spesa per assistenza odontoiatrica su Pil	0,60%	0,60%	0,80%	1,4%
● di cui percentuale spesa privata	15,4%	50,0%	50,0%-80,0% protesi	97,0%
Dmft a 12 anni	1,20%	0,80%	0,70%	1,13%
Dmft zero a 12 anni	56,0%	62,0%	70,1%	nd
Edentuli a 65 anni	38,0%	36,0%	22,6%	nd

Nota: Dmft (Decayed, Missing, Filled Teeth) = è l'indicatore epidemiologico internazionale della diffusione delle carie; si determina conteggiando il numero di elementi permanenti carati, ricostruiti o estratti in un paziente.
Fonte: Cergas-Bocconi



nelle prime posizioni nel rapporto costo-efficacia).

In odontoiatria siamo invece più "americani degli americani" e non abbiamo creato nessun sistema di governo della domanda e di aggregazione dei finanziamenti, quindi, con un mercato puro in un segmento sanitario.

Mezza Italia non va dal dentista

ri, spendiamo di più per ottenere collettivamente di meno. A questo proposito va citata la difficoltà a costruire un sistema assicurativo privato per l'odontoiatria, trattandosi di rischio certo e in quanto tale non "assicurabile", se non con polizze identiche al costo del servizio.

Pertanto il settore registra:

- una grande frammentazione dei produttori: prevale il dentista che opera da solo, senza alcun coordinamento o infrastrutturazione aggregata dell'offerta;
- ogni due dentisti opera un odontotecnico, confermando la frammentazione e la mancata industrializzazione nell'intera supply chain;
- gli italiani non fanno prevenzione: questo determina interventi tardivi e molto costosi, che rafforzano la paura sanitaria ed economica del dentista;
- dall'iniquità del sistema (solo chi può permetterselo accede alle cure) deriva anche una grande perdita di domanda potenziale per gli operatori, che subiscono anche una rilevante ciclicità

e instabilità di mercato (in caso di crisi, il dentista è una delle prime spese a essere rinviata);

- l'eccessiva quota di operatori irregolari (odontotecnici che fanno i dentisti) e di erogazione in "nero", che non ha pari in Europa.

Che fare? Il Paese ha bisogno innanzitutto di una presa di coscienza collettiva sull'assenza di qualsiasi policy rilevante sul settore e sulle conseguenti perdite di opportunità di sviluppo economico, tecnologico e professionale di un comparto e il rilevante costo sociale connesso. Il tema va inserito nel cuore dell'agenda del dibattito sulle policy di welfare. Sono forse possibili i tre passi decisivi per affrontare la questione.

● Pooling della domanda e

delle risorse. Abbiamo bisogno di creare un agente che acquisti le prestazioni per una collettività che può essere aggregata per comunità locali, per Regioni, per categorie professionali, delineando meccanismi di rappresentanza istituzionali diversi, ma comunque incisivi. Lo schema assicurativo aggregato può essere obbligatorio (come nei Paesi Ue citati) o facoltativo, ma significativamente incentivato. Può essere in mano pubblica, come in Uk e Francia o in mano a soggetti non profit regolati dallo Stato, come in Germania.

● Aggregazione dell'offerta

attorno a studi di più ampie dimensioni in rete tra di loro. Questo garantisce economie di scala e di specializzazione, completezza del portafoglio di offerta e riduzione del mercato nero. Gli imprenditori della riaggregazione potrebbero essere i dentisti stessi o le loro associazioni, imprenditori sanitari privati o investitori istituzionali che fiutano le potenzialità del settore.

● Modifica dello schema di rimborso degli operatori. È la riforma più necessaria: il pagamento a tariffa per prestazione paradossalmente incentiva per l'offerta l'inflazione delle prestazioni e per la domanda, soprattutto se privata out of pocket, il ritardo nell'accesso alle cure. All'opposto un pagamento forfettario per presa in carico dell'assistito con obbligo di due accessi preventivi l'anno può modificare la razionalità del sistema. A questo proposito il punto critico è l'avvio del sistema, che necessita la "messa a norma" di coloro che entrano nello schema, perché non si può inserire in uno schema a pagamento calmierato chi ha i denti fuori posto perché da anni non si cura. Si potrebbe partire, in maniera facilitata e sperimentale, con i bambini che nascono, in media, con una situazione odontoiatrica normale.

Domanda e offerta meglio in pool

Francesco Longo
Direttore del Cergas-Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ECCO LE NOVITÀ DEI LEA CHE NON DECOLLANO

Articolo del 21/12/2010

24 ORE
Sanità

L'annuncio all'inizio dell'estate 2009: dopo oltre un anno di lavoro di Governo (ministero della Salute) e Regioni, partita chiusa sui nuovi Lea per sostituire quelli del 2001.

Ma testo e allegati sono ancora chiusi nei cassetti dell'Economia per questioni di spesa, nonostante le Regioni insistano per l'approvazione che giudicano indispensabile per la gestione del sistema.

L'unica fonte di risparmio certo dei nuovi Lea, l'aumento dei Drg a rischio di in appropriatezza per i ricoveri che secondo le stime valgono 1,1 miliardi, è stato stralciato e inserito nel patto per la salute e nella Finanziaria 2010.

Nei nuovi Lea sono entrati anche due nuovi settori: maternità e parto e medicina penitenziaria, ormai sotto la responsabilità del Ssn.

Oltre quelle sui ricoveri e relativi Drg a rischio, le novità in stand by riguardano un maggior peso agli interventi socio-assistenziali: per il Ssn sarà più comodo (e risparmiato) lasciare i pazienti a casa.

A ottenere questo risultato dovranno essere le Asl che autorizzeranno trattamenti terapeutici e riabilitativi semiresidenziali e residenziali solo se non ci sono altre alternative e solo per il tempo indispensabile a riprendere a casa il paziente.

Altre novità sul fronte di laboratori, radiologia e protesi. L'accordo prevede di identificare esami diagnostici di primo livello che permettano di evitare l'attivazione "a cascata" di successivi esami di approfondimento (risparmio previsto: 800 milioni).

Poi, l'identificazione di "esami sentinella" per valutare l'appropriatezza e l'obbligatorietà dell'introduzione nell'impegnativa del quesito clinico per la valutazione a livello regionale-aziendale della reale in appropriatezza, con monitoraggio sul territorio dei singoli prescrittori e di definire la frequenza e la numerosità dei controlli appropriati per alcuni test inseriti nel monitoraggio di patologie croniche.

Poi metodologie di analisi dei costi per valutare dell'efficienza/efficacia delle indagini all'interno dei percorsi diagnostico terapeutici e in relazione agli outcome clinici.

Per il territorio sono nove i livelli delle cure distrettuali.

Passando per l'emergenza sanitaria territoriale, l'assistenza farmaceutica, quella integrativa, la specialistica ambulatoriale, la protesica, la termale e l'assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale.

Conferma per il progetto «h24» di assistenza negli ambulatori dei medici di base, per l'emergenza gli interventi sono affidati all'attività integrata dei mezzi di soccorso avanzato esterno all'ospedale, all'organizzazione prevista in caso di maxi-emergenze, ai trasferimenti di assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate e all'attività presso le centrali operative anche nell'ambito dei Dea.

Negli allegati, infine, i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e delle protesi, dei presidi destinati in assistenza integrativa ai diabetici, le condizioni per l'erogazione della chirurgia refrattiva, i criteri di accesso alle cure odontoiatriche, i principi generali per l'erogazione dei dispositivi monouso e l'elenco dei fattori di rischio per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea.

Ancora in sospeso
l'ok dell'Economia



Per informazioni



Emilia Romagna
CNA Benessere e Sanità

Daniele Dondarini

Responsabile CNA Benessere e Sanità Emilia Romagna

Via Rimini, 7—40128 Bologna

tel. 051/21.33.124—Fax 051/21.33.330

E-mail: benesseresanita@cnaemiliaromagna.it

www.cnaemiliaromagna.it



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento