



### SI E' COSTITUITO IL COORDINAMENTO INTERASSOCIATIVO ODONTOTECNICI EMILIA ROMAGNA

CNA Benessere e Sanità dell'Emilia Romagna ha promosso la costituzione di un Coordinamento Interassociativo Odontotecnici dell'Emilia Romagna, con Confartigianato, ANTLO e CIO Confesercenti.

Le diverse Organizzazioni di rappresentanza hanno condiviso l'utilità della costituzione di un coordinamento regionale tra le associazioni di rappresentanza degli odontotecnici, con il fine di elaborare strategie unitarie per la rappresentanza della categoria sul territorio regionale e per supportare e stimolare la rappresentanza unitaria anche a livello nazionale.

Il Coordinamento sarà gestito a rotazione, per periodi di sei mesi, dalle singole associazioni aderenti e, per questo secondo semestre 2011, il Coordinamento è stato affidato a CNA. Le Organizzazioni hanno condiviso la necessità di redigere documenti comuni, ma anche di realizzare un sito web del coordinamento medesimo, per rendere disponibili tutti i materiali ed i contributi elaborati e condivisi in forma comune da tutte le associazioni aderenti.

Tutte le Organizzazioni hanno riconosciuto l'importanza di svi-

luppare la rappresentanza comune in un costante confronto con la categoria per promuovere una partecipazione reale ai processi di rappresentanza; partecipazione che negli ultimi anni è venuta meno a seguito di disaffezione degli odontotecnici conseguente, anche, ad errori delle organizzazioni di categoria.



Il settore odontotecnico vede una grande trasformazione tecnologica con le industrie che producono apparecchiature e materiali che tendono, sempre più, a relazionarsi con dentisti ed odontoiatri, saltando i laboratori che rischiano una marginalizzazione.

Gli operatori e le aziende hanno bisogno, in questo frangente di una politica di rappresentanza degli interessi, chiara e determinata e, quindi, non frammentata in rivoli più o meno rilevanti e magari con contrapposizione di istanze, strategie ed obiettivi.

Un Coordinamento interassociativo può consentire un più chiaro ed univoco orientamento delle politiche per il comparto e quindi una prospettiva d'azione per il futuro di imprese e professionisti dell'odontotecnica.

### Sommario:

Si è costituito il Coordinamento Interassociativo Odontotecnici Emilia Romagna	1
La spesa sanitaria Regione per Regione	2
Fisioterapisti: possono esercitare nel proprio studio?	3
Decreto legge sviluppo (D.L. 13 maggio 2011, n. 70)	3
Customer satisfaction in sanità: le regole del Garante	3
Consenso informato: che fare?	4
Assistenza ai disabili? Da noi ci pensa la famiglia	5
Emilia Romagna, Rizzoli all'avanguardia	5
<i>L'approfondimento:</i> Le competenze psicologiche nelle professioni sanitarie	6
La porta d'accesso al welfare	8
L'atropina frena la miopia nei bambini: conferma cinese	8
Licenziato il medico che delega	9
Indagine italiana sulla gestione della dermatite occupazionale	9
Nuove disposizioni per i ritardi di pagamento	10
Igienisti dentali, aprire un'attività resta un rebus	10
Normativa comunitaria, approvata la direttiva sui ritardi nei pagamenti	11
Pubblicità sanitaria: agli ordini solo una verifica della veridicità del messaggio	11
Norme tecniche del settore medicale di recente emanazione	12



## LA SPESA SANITARIA REGIONE PER REGIONE

\*\*\*VALORE  
**Sanità**

n. 21 del 31 maggio 2011

### Corte dei Conti—Analisi per funzioni della spesa 2010 e delle differenze sul 2009

La spesa 2010 per funzioni (e differenza % con 2009)

Regioni	Beni e servizi		Personale		Totale da enti a gestione diretta		Medicina generale		Farmaceutica		Specialistica	
	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009
Piemonte	2.654,00	0,5	2.973,20	1,6	5.629,10	0,8	470,70	1,7	775,50	-4,5	282,50	8,6
V. Aosta	109,90	7,9	113,60	1,8	223,50	4,7	14,20	-8,1	21,40	0,1	2,30	13,7
Lombardia	4.969,10	3,1	5.121,20	2,1	10.091,40	2,2	905,80	2,6	1.573,50	0,5	841,90	10,8
Pa Bolzano	313,60	2,7	545,60	0,9	861,50	-0,4	53,80	2,3	61,50	1,3	5,60	2,1
Pa Trento	310,30	2,9	407,20	1,7	718,30	1,7	56,50	2,3	77,50	0,2	25,70	38,2
Veneto	2.972,40	4,0	2.781,50	1,7	5.782,50	1,8	538,90	2,8	749,50	0,1	364,50	6,6
Friuli	917,00	1,8	956,60	1,7	1.881,30	1,6	126,30	1,0	230,20	3,0	49,90	4,2
Liguria	1.063,40	-1,9	1.176,80	0,9	2.250,00	0,0	163,90	4,7	301,20	-5,5	55,80	-2,1
Emilia R.	2.820,80	1,1	3.000,30	2,5	5.854,20	0,8	513,70	6,5	720,60	0,3	169,40	7,8
Toscana	2.672,90	-0,2	2.621,00	1,8	5.318,20	-3,0	400,10	1,2	605,90	-0,3	139,30	-3,3
Umbria	590,40	-2,5	613,90	1,6	1.207,50	-1,3	90,90	1,6	157,70	0,8	15,80	5,2
Marche	996,30	3,7	1.043,30	2,0	2.051,00	2,5	168,60	-0,6	284,60	-1,2	42,40	4,0
Lazio	3.390,70	-4,6	3.063,70	0,2	6.527,10	-4,1	590,30	0,4	1.188,50	1,5	536,30	4,6
Abruzzo	798,10	0,1	781,00	0,6	1.615,30	-0,9	152,30	1,7	266,40	2,2	49,40	2,8
Molise	185,10	-6,8	211,00	0,0	402,70	-3,7	50,50	2,4	56,80	-9,5	31,50	6,0
Campania	2.828,80	-3,9	3.226,70	-1,2	6.236,20	-3,7	647,40	1,6	1.069,40	-2,6	719,10	7,8
Puglia	2.112,50	1,6	2.178,20	1,7	4.361,40	1,5	490,70	5,1	869,70	-0,7	240,00	3,6
Basilicata	311,90	-0,4	393,00	2,2	711,00	2,9	82,10	-3,2	108,00	-6,0	27,60	16,7
Calabria	880,50	-1,0	1.273,30	-0,1	2.181,90	-2,1	247,60	3,3	437,80	-5,0	118,50	-4,0
Sicilia	2.110,10	-1,1	2.980,90	0,4	5.117,70	-1,3	582,10	6,5	1.032,90	1,6	496,40	2,4
Sardegna	958,70	-3,2	1.156,40	2,4	2.148,10	-0,4	192,10	2,9	347,7	2,5	112,00	4,7
<b>Totale</b>	<b>33.966,70</b>	<b>0,1</b>	<b>36.618,30</b>	<b>1,2</b>	<b>71.170,00</b>	<b>-0,4</b>	<b>6.538,50</b>	<b>2,8</b>	<b>10.936,20</b>	<b>-0,6</b>	<b>4.326,00</b>	<b>6,1</b>
Regioni	Riabilitativa		Integrativa e protesica		Altra assistenza		Ospedaliera		Totale da enti convenzionati o accreditati		Totale costi con mobilità verso B. Gesù e Smom ma senza saldi mobilità interregionale *	
	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009	Millioni	Diff. % su 2009
Piemonte	176,80	7,0	200,50	-2,1	565,30	7,5	558,10	5,4	3.029,40	2,3	8.658,70	1,3
V. Aosta	4,50	-0,9	2,50	-8,1	8,10	12,8	4,10	17,3	57,20	4,2	280,60	4,6
Lombardia	245,00	-2,9	229,80	4,9	1.678,60	7,2	2.386,10	3,1	7.860,70	4,0	17.952,60	3,0
Pa Bolzano	6,10	15,4	38,00	4,8	61,10	3,5	23,40	6,1	249,60	3,4	1.111,20	0,5
Pa Trento	3,40	7,3	21,20	-0,3	144,70	2,4	54,80	4,0	383,80	3,8	1.102,10	2,4
Veneto	34,10	1,3	134,40	-0,2	851,70	2,9	577,30	-0,1	3.250,30	1,9	9.033,30	1,8
Friuli	59,10	2,7	46,50	4,9	46,80	10,0	59,10	-2,7	617,90	2,7	2.499,30	1,8
Liguria	96,10	-0,6	39,40	-8,1	181,00	6,3	230,40	3,9	1.067,80	0,4	3.318,40	0,1
Emilia R.	8,50	-12,0	116,00	1,3	607,60	2,0	593,10	1,3	2.728,90	2,5	8.583,60	1,3
Toscana	82,00	-6,0	73,40	0,6	394,50	4,1	226,90	-0,7	1.922,30	0,4	7.241,80	-2,1
Umbria	8,30	-3,3	40,00	0,9	83,00	2,6	41,10	0,3	436,90	1,3	1.648,00	-0,7
Marche	69,50	1,8	22,30	-20,1	107,90	10,8	102,80	3,9	798,10	0,9	2.850,20	2,0
Lazio	227,70	-7,6	235,80	-2,0	466,40	9,7	1.424,80	3,5	4.669,70	2,4	11.338,00	-1,5
Abruzzo	71,20	-7,4	25,50	-2,3	87,40	-8,9	118,90	-18,0	771,00	-3,9	2.391,60	-1,9
Molise	15,30	-8,4	6,30	25,8	19,40	-1,1	75,50	7,5	255,30	0,8	660,20	-2,0
Campania	279,00	-3,4	167,40	-4,4	175,70	6,1	790,50	5,5	3.848,40	1,8	10.099,40	-1,7
Puglia	251,50	5,9	124,90	3,3	237,70	-0,9	745,40	-3,7	2.959,70	0,4	7.330,00	1,1
Basilicata	59,80	2,8	28,40	5,9	35,00	-0,4	5,10	3,9	346,00	-0,7	1.058,60	1,7
Calabria	60,70	6,2	66,10	-3,5	122,10	-2,6	202,90	-13,5	1.255,70	-4,1	3.444,50	-2,9
Sicilia	159,10	4,2	185,40	3,5	332,00	10,9	679,00	5,8	3.466,80	4,4	8.588,40	0,9
Sardegna	52,80	3,0	65,40	2,1	89,70	3,3	92,20	-2,4	952,10	2,4	3.102,80	0,4
<b>Totale</b>	<b>1.970,70</b>	<b>-0,4</b>	<b>1.869,10</b>	<b>0,1</b>	<b>6.295,60</b>	<b>5,2</b>	<b>8.991,60</b>	<b>1,9</b>	<b>40.927,70</b>	<b>2,1</b>	<b>112.293,50</b>	<b>0,5</b>

(\*) Al totale si aggiungono 585 milioni di costi straordinari e variazione delle rimanenze

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del ministero della Salute





## FISIOTERAPISTI: POSSONO ESERCITARE NEL PROPRIO STUDIO?

### Sentenza Tar Piemonte n. 498 del 20.05.2011

Il TAR Piemonte con la sentenza n. 498 del 20.05.2011 sembra fare chiarezza su una questione di cui si dibatte molto negli ultimi tempi: la possibilità per le professioni sanitarie non mediche c.d. profilate (dotate cioè di profilo professionale) di svolgere la loro attività all'interno del proprio studio. E la risposta sembra essere positiva.

Il fatto riguarda due note emesse dalla Regione Piemonte relativamente all'attività dei fisioterapisti, ma il principio può trovare applicazione anche per le altre professioni. Con due note regionali impugnate veniva sostanzialmente configurato il divieto per i fisioterapisti, di esercitare la propria attività libero professionale presso un proprio studio, consentendo loro di operare, unicamente, presso strutture pubbliche o private, in regime di dipendenza o di collaborazione coordinata e continuativa.

Secondo il TAR Piemonte tale posizione è in contrasto con la previsione contenuta nel profilo del fisioterapista - per cui quest'ultimo "svolge la sua

attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale": secondo il TAR infatti la locuzione "strutture sanitarie" ricomprende sia il concetto di "struttura sanitaria" vera e propria che quello di "studio medico", nozioni che sono alternativamente previste, anche ai fini dell'esercizio dell'attività professionale.

Nessuna rilevanza ha inoltre la mancata istituzione degli albi professionali: non può infatti essere impedita una attività professionale, prevista legislativamente come "autonoma", per carenza di una attività (l'istituzione di albi professionali) il cui compito è in capo allo Stato.



Il Tar pertanto, affermando l'illegittimità delle note regionali, ha sancito la piena possibilità giuridica per i fisioterapisti - e (aggiunge chi scrive) per le altre professioni non mediche - di svolgere la loro attività in

regime di autonomia e all'interno del proprio studi professionali.

*Avv. Silvia Stefanelli*



### 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

**ROBONI 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



## DECRETO LEGGE SVILUPPO (D.L. 13 MAGGIO 2011, N.70)

Con il recente decreto sviluppo sono state introdotte delle misure di riduzione e semplificazione per le PMI, in materia di trattamento dei dati.

In particolare sono stati ristretti i trattamenti che ricadono sotto gli adempimenti del Codice della Privacy.

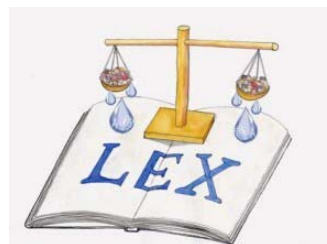
### Art. 6 Ulteriori riduzioni e semplificazioni degli adempimenti burocratici

#### Commi 1-2

Le PMI, nei rapporti tra imprese, non dovranno sottostare alle regole sulla riservatezza dei dati personali.

Non è soggetto al Codice della privacy il trattamento di dati personali di persone giuridiche effettuato esclusivamente tra persone giuridiche, enti e associazioni, pubblici e privati.

Il documento programmatico sulla sicurezza, per le aziende che trattano dati non sensibili, o trattano dati dei loro dipendenti, è sostituito da una autocertificazione che il titolare del



trattamento deve sottoscrivere.

Viene consentito il trattamento dei dati contenuti negli elenchi telefonici, per l'invio di materiale pubblicitario o per ricerche di mercato.



## CUSTOMER SATISFACTION IN SANITÀ: LE REGOLE DEL GARANTE

**Linee guida in tema di trattamento di dati per lo svolgimento di indagini di customer satisfaction in ambito sanitario - 5 maggio 2011**

Il Garante Privacy è intervenuto in ordine al trattamento di dati per lo svolgimento di indagini di customer satisfaction in ambito sanitario, elaborando delle interessanti Linee guida. Il "problema nasce dalla normativa in materia di "riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della l. 15 marzo 1997, n. 59", che prevede che i servizi pubblici nazionali e locali sono erogati con modalità che promuovono il miglioramento della qualità e assicurano la tutela dei cittadini e degli utenti e la loro partecipazione alle procedure di valutazione e definizione degli standard qualitativi (art. 11, comma 1, d.lgs. 286/1999).

Il Garante, quindi, ha indicato gli accorgimenti da adottare ai titolari del trattamento che effettuano indagini di customer satisfaction in ambito sanitario.

Nelle Linee guida, il Garante ha innanzitutto stabilito che il conferimento dei dati richiesti all'utente per tale finalità debba sempre

essere considerato facoltativo e che i sondaggi, che potranno essere effettuati per telefono, per posta, per email, tramite questionari cartacei o form su siti istituzionali, dovranno avere ad oggetto esclusivamente informazioni sulla qualità del servizio (accoglienza, tempi di attesa, informazioni ricevute, comfort della struttura), senza entrare nella valutazione degli aspetti sanitari delle prestazioni e delle cure erogate.

L'Autorità ha altresì precisato che, prima di iniziare il sondaggio, gli organismi sanitari dovranno, in ogni caso, valutare se vi sia la reale necessità di raccogliere dati personali o se sia invece possibile raggiungere gli stessi obiettivi utilizzando dati anonimi. È pacifico nel provvedimento l'indicazione del Garante di preferire comunque la raccolta di dati anonimi a cui non trova applicazione le linee guida.

Qualora, invece, sia necessario acquisire dati personali, questi andranno distrutti o anonimizzati subito dopo il conseguimento dello scopo che si intende raggiungere con il loro trattamento. Le informazioni raccolte nel corso delle attività di customer satisfaction non potranno in ogni caso essere utilizzate per profilare gli utenti od inviare materiale pubblicitario e la eventuale comunicazione o

diffusione dei risultati dei sondaggi dovrà avvenire sempre in forma anonima o aggregata.

Restano poi fermi gli adempimenti relativi a qualsivoglia trattamento dati, ovvero: - la designazione di soggetti esterni che eventualmente collaborino all'indagine quali responsabili del trattamento (par. 7, Linee Guida); - la designazione del personale preposto alla somministrazione del questionario quale incaricato del trattamento, impartendo opportune istruzioni nel caso di indagini effettuate mediante interviste telefoniche (par. 7, Linee Guida); - l'obbligo di fornire agli interessati un'idonea informativa avvalendosi anche del modello allegato alle presenti linee guida (par. 8, Linee Guida); - l'adozione di idonee misure relative alla conservazione dei dati e alla diffusione dei risultati delle indagini (par. 9, Linee Guida).

Agli utenti, ha infine puntualizzato il Garante, dovrà essere sempre assicurato l'esercizio dei diritti previsti dall'art. 7 del Codice ricordati, sia dagli operatori privati che pubblici, tramite un'informativa in cui risultino chiare tutte le finalità e modalità del sondaggio.

Avv. Alessandra Delli Ponti



## CONSENSO INFORMATO: CHE FARE?



n. 21 del 31 maggio 2011

Circa il contenuto dell'informazione è generalmente condivisa l'ampia portata dei relativi obblighi, estesi ai rischi dell'intervento, alle probabilità di riuscita, alle alternative terapeutiche e ospedaliere.

Nel caso di intervento con finalità prettamente estetiche, il Tribunale di Bari, con sentenza 19 ottobre 2010, ha parlato di un obbligo rafforzato circa le possibili conseguenze negative dell'intervento.

L'informazione deve essere adeguata alle condizioni soggettive del paziente. Va segnalata la sentenza della Corte di Appello di Venezia, 16 settembre 2004, secondo cui «il medico è tenuto (non è solo un imperativo morale, è proprio un obbligo giuridico) a insistere in tali consigli volti al bene del paziente, con tanto maggior impegno quanto maggiore è il rischio che il paziente corre ove non accetti la proposta terapeutica».

I giudici segnalano nella prassi diverse modulazioni per quanto riguarda il contenuto dei moduli per il consenso informato da quelli "bulimici", talmente analitici e specialistici da svuotare sostanzialmente di contenuto l'informazione ricevuta, a quelli "anoressici", talmente incompleti da risultare inutili.

A cura di Paola Ferrari

### Il «modulo ideale» per la richiesta di consenso informato

Nome della struttura	
Nome paziente (oppure nome dei genitori e/o esercenti potestà sul minore)	
Nato a	Residente in
Il	Via
Data spiegazione medico	Reparto
Nome del sanitario che ha raccolto il consenso	
Nome del secondo sanitario che ha assistito	
Nome eventuale altra persona che ha assistito alla spiegazione (es. un familiare)	
Indicazioni sulla patologia	
Indicazione delle aspettative tipiche evitando di inserire percentuali di riuscita troppo alte e/o irrealistiche	
Indicazione dei problemi tipici post-operatori	
Indicazioni dei problemi occasionali possibili post-operatori	
Eventualità che nell'operazione siano evidenziabili patologie non rilevate attraverso diagnosi	
Esistenza presso la struttura di un reparto di rianimazione - in assenza indicare la struttura più vicina	

Io sottoscritto (*nome e cognome del paziente*), dichiaro di avere letto con attenzione l'informativa riguardante la mia condizione clinica e i rischi dell'intervento che mi è stato prospettato. Dichiaro, inoltre, che il medico mi ha spiegato con chiarezza il contenuto dell'informativa e quindi dichiaro di avere compreso appieno il rischio dell'operazione. Sono ben conscio del fatto che qualunque atto medico comporta un rischio non sempre previsto in anticipo e sono stato anche informato che (*solo ove ricorresse*) presso la struttura non è presente un reparto di rianimazione (*e/o altri limiti*) ma ciò nonostante intendo servirmi di questa struttura.

Il medico mi ha anche prospettato l'eventualità che nel corso dell'operazione possano evidenziarsi patologie non rilevabili e/o rilevate dalle strumentazioni di diagnosi.

In relazione a ciò dichiaro di accettare che il medico estenda l'intervento anche alla soluzione di tali possibili interventi (*oppure: dichiaro di non accettare estensioni dell'intervento a organi non prima individuati*) e, conseguentemente, dichiaro che qualunque intervento debba essere da me accettato (*oppure, nel caso di urgenza che renda rischioso per la mia vita non intervenire immediatamente*) dichiaro che il consenso sia reso in mia vece da ... (*nome e cognome di un familiare delegato*).

Dichiaro, pertanto, di consentire espressamente che venga eseguito sulla mia persona il seguente trattamento .....  
 Consapevole, purché adeguatamente informato, dei rischi e dei benefici che esso può comportare, degli effetti collaterali che ne possono derivare in ordine alla funzionalità degli organi interessati e, quindi, alla qualità della vita, nonché alle alternative possibili al trattamento da intraprendere.

Firma del paziente .....

Firma del medico che ha informato .....

Data .....



## ASSISTENZA AI DISABILI? DA NOI CI PENSA LA FAMIGLIA

\*\*\*24 ORE  
**Sanità**

n. 22 del 7 giugno 2011

La notizia per l'Italia non è certo una novità. Ma il confronto con gli altri Paesi è impietoso e fa capire quanto le cure per non autosufficienti siano la vera bomba a orologeria della nostra Sanità del futuro prossimo.

Anche perché nel 2050 quasi uno ogni sette italiani nel nostro Paese avrà più di 80 anni, praticamente il Paese più anziano dopo Giappone, Germania e Corea del Sud. Meno male che finora c'è stata la "ciambella" della famiglia a cui spetta - di fronte alle carenze del nostro Ssn - il ruolo di protagonista nelle cure ad anziani e disabili non autosufficienti.

Secondo l'ultimo report «Bisogno d'aiuto? Fornitura e finanziamento delle cure di lungo periodo», appena pubblicato dall'Ocse, il nostro Paese è il primo per percentuale di persone che forniscono aiuto a lungodegenti a un familiare anziano o disabile, con il 16,2%. Dato ben superiore a quello di altri grandi Paesi europei, come la Germania (11%) e la Francia (10,7%). Tra gli over 65 italiani, infatti, il 4,9% è in cura a lungo termine in casa, mentre solo il 3% lo è in strutture specializzate.

Per non parlare del peso economico delle cosiddette «Long term care» che oggi valgono l'1,7 del Pil ma nel 2050 peseranno dal 2,8 (nel caso più ottimista) fino al 2,9 e addirittura fino al 3,9% della ricchezza nazionale nel caso in cui

si riducesse sostanzialmente l'aiuto delle famiglie.

L'aumento della partecipazione delle donne al mercato del lavoro e altri cambiamenti sociali potrebbero infatti mettere a dura prova il modello italiano. Che oggi, sottolinea l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, ha un impatto anche sull'occupazione, dato che chi è impegnato in queste forme di assistenza spesso fatica a conciliarle con il lavoro.

Per questo, l'Italia dovrebbe «dare sostegno a chi fornisce cure» a membri della famiglia, cosa che «darebbe benefici a chi cura, a chi viene curato e alle finanze pubbliche».

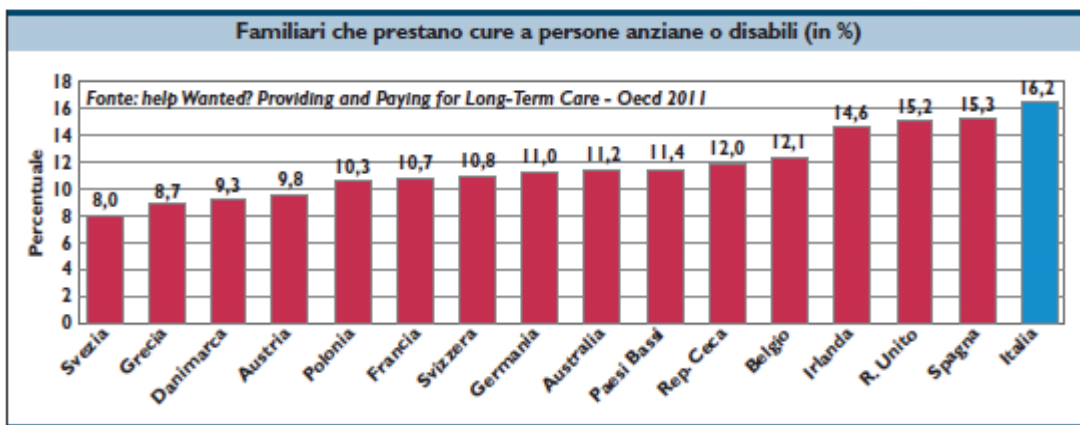
Un compito a cui risponde solo in parte l'indennità di accompagnamento, che «massimizza scelta e indipendenza» di chi ha bisogno di cure, ma a causa di «mancanza di uniformi definizioni dei bisogni a livello nazionale» non sempre riesce a far corrispondere bisogni e servizi.

L'Ocse traccia poi l'identikit di chi lavora nel settore dell'assistenza ai malati di lungo corso che in Italia, nel 72% dei casi sono «di origine straniera».

Una percentuale che sale al 90% tra gli assistenti a domicilio pagati dai privati, le cosiddette badanti. «I lavoratori del settore sanitario formalmente riconosciuti (in Italia) sono in larga parte stranieri, che lavorano a domicilio 24 ore su 24 - spiega l'organizzazione parigina - ciò è dovuto a una combinazione di fattori, tra cui il sistema di benefici in denaro universali, il rapido invecchiamento della popolazione unito all'aumento della partecipazione delle donne al mondo del lavoro, e la prossimità geografica a Paesi a basso reddito, associata a ingressi per vie legali o irregolari, e permanenze prolungate».

In questa situazione, dichiara l'Ocse, «l'Italia deve considerare di fornire permessi di lavoro in numero commisurato ai bisogni di personale».

Mar.B.



## EMILIA ROMAGNA RIZZOLI ALL'AVANGUARDIA

\*\*\*24 ORE  
**Sanità**

n. 19 del 17 maggio 2011

Il Rizzoli opera i primi 18 pazienti al mondo con la nuova tecnica per la cura delle metastasi ossee.

Sono 13 donne e cinque uomini, tra i 37 e gli 86 anni, tutti colpiti da metastasi ossee e curati con l'elettroporazione, tecnica sviluppata all'Istituto ortopedico di Bologna, in collaborazione con Igea, l'azienda che produce l'apparecchiatura necessaria

all'intervento e con il contributo della Fondazione Carisbo.

Funziona così: alcuni elettrodi introdotti nel tessuto alterato creano un piccolo campo elettrico che "apre" i pori della membrana cellulare, permettendo così al farmaco antitumorale di arrivare direttamente nelle cellule malate e solo lì agire, con efficacia potenziata. I pazienti

non hanno subito gli effetti indesiderati della chemioterapia e sono tornati a casa il giorno dopo l'intervento, che è mini-invasivo e viene eseguito in anestesia spinale o generale, in base alla localizzazione della metastasi e alle condizioni del paziente, sotto guida Tac per le lesioni molto piccole.





## L'APPROFONDIMENTO

### LE COMPETENZE PSICOLOGICHE NELLE PROFESSIONI SANITARIE

Oggi siamo ben lontani dagli anni in cui la salute veniva delegata all'esperto e assistiamo ad una sempre crescente partecipazione attiva, da parte del cittadino, ai processi inerenti la propria salute.

Se, a seguito di questa impostazione, il paziente gioca un ruolo più centrale nei processi di cura, dall'altra, l'operatore si trova impegnato sempre più nell'attivazione di interventi di Counseling, per i quali è richiesta una specifica competenza psicologica di cui non si può fare a meno.

La malattia e la disabilità interrogano costantemente sul senso della cura sia i pazienti che gli operatori sanitari.

La salute, non più vista come mèta da raggiungere, ma elemento di un continuum che caratterizza l'intero percorso della vita umana, pone a tutti degli interrogativi che riguardano le nostre storie personali, la nostra biografia, il modo soggettivo di percepire il dolore e, molto spesso, anche la vita stessa.

Questa visione fonda le sue radici su modelli di lettura biopsicosociali che amplificano le risorse presenti in ciascuno, valorizzandole in quanto capaci di promuovere quei cambiamenti necessari per superare le difficoltà incontrate.

L'attenzione, all'interno dei processi di cura, viene rivolta anche al modo in cui il paziente affronta il suo personale disagio, oltre che alla malattia stessa, alle sue "competenze" gestionali, alle sue difese, agli stili di vita acquisiti e alle sue abitudini comportamentali.

E' fuori discussione che qualunque malattia, nel momento in cui compare, metta la persona in crisi, costringendola ad una pausa, ad una riflessione volta a raccogliere le residue energie in vista di un miglioramento, se non di una guarigione vera e propria.

Si aprono spazi maturativi nei quali è possibile e doveroso occuparsi final-

mente di sé, delle proprie zone d'ombra, confrontandosi con il peso estenuante della cronicità o con il dolore lacerante dell'acuzie.

E' in questa prospettiva che si intravedono nuove modalità di rapporto tra il paziente così informato e sensibilizzato e l'operatore con tutto il suo bagaglio, a volte anche pesante, di competenza e professionalità.

#### LA RELAZIONE DI CURA

Se, dunque, affrontiamo da questo punto di vista il compito complesso dell'operatore in ambito sanitario, è facile comprendere che ciò che principalmente

lo caratterizza non è la capacità di sapere come risolvere i problemi altrui, ma prima ancora è quello di accettare la propria vulnerabilità come punto di forza. E' da qui che si sprigiona il potere terapeutico insito nella relazione.



Relazione che trova il suo fulcro nell'ascolto e nell'empatia.

Ad esse si aggiungono capacità e voglia di comunicare, di stare con l'altro che soffre, disponibilità a pensare strategie di fronteggiamento adottabili dal paziente, apertura verso inedite prospettive, fiducia nelle proprie ed altrui competenze.

Stiamo descrivendo un approccio di cura non direttivo, ma "sufficientemente buono" in senso winnicottiano, cioè in grado di costituire le basi di sicurezza e serenità su cui si costituirà la relazione vera e propria; un approccio che richiede buon senso, capacità di integrazione e di interdisciplinarietà.

L'integrazione avviene, innanzitutto, tra parti sane e parti malate, tra luci ed ombre presenti in noi e nel paziente, tra i nostri obiettivi e i bisogni dell'altro, che spesso non sono espressi ma intuitibili e sicuramente da raggiungere.

L'interdisciplinarietà si manifesta nella necessità improrogabile, di confrontarsi

con altre figure professionali in grado di cogliere aspetti diversi da quelli individuati da noi che rischierebbero, altrimenti, di andare perduti e senza i quali si può solo procedere a vista.

Siamo in una logica di servizi in rete, che collaborano non per imbrigliare l'utente in prassi amministrative, ma per offrirgli il meglio per lui in quel preciso momento.

#### DALL' ASSESSMENT AL COUNSELING

E' noto a tutti che non sempre l'utente si affaccia ai nostri servizi con le idee chiare.

Vale a dire che capita spesso che un paziente si presenti non avendo bene in mente quale sia il suo bisogno, con una richiesta vaga o, nelle migliori delle ipotesi, confusa e annebbiata da ideologie, teorie, da un banale retro-pensiero del tipo "così fan tutti", limitandosi a consegnare il problema come se qualcuno glielo potesse risolvere, in un atteggiamento di inconsapevole delega più per pigrizia che per convinzione.

E' lì che inizia il nostro lavoro: di infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, riabilitatori, medici o psicologi che siamo. E' da lì che dobbiamo partire. Il viaggio si prospetta lungo e a volte faticoso.

Come fare ad aiutare il paziente a posizionarsi lui sulla griglia di partenza?

Quali parole saranno convincenti? Come non rischiare di scegliere anche noi, per brevità, la strada più comoda?

Come rendere autonomo il paziente e renderlo in grado di gestire le proprie conflittualità? Non resta che attenderlo.

Attenderlo là dove lui crede di poter fuggire anche a se stesso. Attenderlo in un luogo e in un tempo metaforico atto ad accoglierlo con tutti i suoi problemi.

Attenderlo, infine, per entrare semplicemente in relazione con lui, se anche lui lo vorrà e aiutarlo a mettersi in gioco, ad organizzare le sue risorse interne, ad intravedere delle vie di scampo da quella situazione scomoda, prospettandogli dei cambiamenti nel rispetto di valori, credenze ed abitudini consolidate seppure sbagliate o inefficaci.

## SEGUE L'APPROFONDIMENTO

La prova del nove che la terapia, nelle sue varie accezioni ha funzionato, sarà la misura della libertà conservata, delle autonomie potenziate, del benessere raggiunto in uno stato di maggior equilibrio psico-fisico.

L'assessment così descritto e inteso come iniziale momento valutativo, diventa inevitabilmente parte del processo di aiuto: è il momento in cui si valuta, si indaga, si consiglia, se è il caso, senza indurre il paziente ad un cambiamento a meno che non sia, lui stesso ad individuarlo.

Si tratta, il più delle volte, di un percorso ad ostacoli, pieno di incognite per tutti, che mette a dura prova anche l'operatore impegnato a reggere le proprie emozioni oltre che quelle altrui, esposto alle proprie fragilità e sofferenza.

Chiunque operi in questo settore, conosce bene il rischio di mettersi in gioco come persona e non come operatore freddo e razionale. Ma sa altrettanto bene che questa è una condizione necessaria per avviare un percorso di cura che, nel suo aspetto di reciprocità, presenta dei risvolti positivi anche in chi la promuove.

Mi viene da chiedermi: "chi cura chi?"

Infatti, dal momento che tale processo di guarigione è centrato sulla presenza più che sulla tecnica derivante da una professione, sull'esserci, più che sul fare cose o suggerire interventi, sul guardarsi dentro più che allungare lo sguardo altrove, è evidente che in prima persona sarà l'operatore stesso a trarne giovamento.

Può trovare un senso a tante domande irrisolte, attribuire un valore alla sofferenza, limitare le sue ambizioni narcisistiche ed onnipotenti, occuparsi dei vuoti senza il desiderio sfrenato di riempirli a tutti i costi, avvicinandosi così alla sua umanità ferita.

Saper aspettare, dare un senso ai tempi cosiddetti "morti", accettare di essere anche inutili, qualche volta, non pregiudica affatto la relazione con il paziente, anzi, la fortifica.

Crea un clima comunicativo efficace,

caldo, di fiducia, in assenza di giudizio.

E' dimostrato che l'avvicinarsi al paziente con questa modalità, contribuisce a ridurre notevolmente i danni connessi ad interventi maldestri, dettati, il più delle volte, da una presunta urgenza istituzionale o personale.

Aiuta a non anticipare il paziente nelle sue decisioni, a non sostituirsi a lui, a concedergli il tempo necessario perché possa trovare in sé i modi per affrontare il suo problema.

Dunque, il saper aspettare, il più delle volte diventa indispensabile perché terapeutico.

Ci educa al rispetto, a cogliere il momento opportuno in cui è lecito intervenire, a leggere la dimensione

temporale del Kairos come opportunità e non come scadenza.

Riflettere sulla dimensione del tempo, inoltre, ci accompagna a gestire la temporalità della cura con il paziente, con i suoi familiari, con i colleghi durante le équipes di lavoro.

Infine, ci aiuta a prendere tutto il tempo che occorre per gli "aggiustamenti" reciproci, condividere le nostre emozioni in spazi comuni, prendere coscienza delle nostre difese, a non sentirci isolati, a potenziare le nostre identità professionali e, per ultimo, a migliorare la qualità percepita del nostro operare e delle competenze psicologiche acquisite.

*ANTONELLA TISSOT  
Psicologa-Psicoterapeuta-  
Psicomotricista  
Professore a contratto  
Università degli Studi di Milano*

### BIBLIOGRAFIA

Annunziata M.A., L'umanizzazione della medicina, in Marasso G., Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998.

Artioli A., Amaducci A. Narrare la malattia, Carocci Faber, Roma, 2007

Bert G., Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Counse/ing e narrativa in medicina, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2002.

Bianchi L., Cocever E., Colombo. Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna, Carocci Faber, Roma, 2006.

Bolella L., Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia, Cortina, Milano, 2006.

Bozarth J.D., La terapia centrata sulla persona. Un paradigma rivoluzionario. Sovera Multimedia, Roma, 2001.

Capelli D., Michelazzo M., Vaggi C., Tissot A., Lo psicologo in un servizio ADI e anziani. Una competenza invisibile?, in Gruppi nella clinica, nelle istituzioni, nella società, Vol. VIII, Franco Angeli, Milano, 2006.

Di Fabio A., Counseling e relazione di aiuto. Linee guida e strumenti, Giunti, Firenze, 2003.

Federici A., Lussu A, Tortorelli M, La relazione e l'operatore socio-sanitario, Carocci Faber, Roma, 2006.

Giusti E., Masiello I. Il counseling sanitario. Manuale introduttivo per gli operatori della salute, Carocci Faber, Roma, 2004.

Grunn A., Robben R. Il senso de/limite, Queriniana, Brescia, 2006.

Gugghenbul C.A., Il bene del male. Paradosso del senso comune, Moretti Vitale, Bergamo, '92.

Hough M., Abilità di counseling per la formazione, Erickson, Trento, 2000.

Murgatroyd S., Il counseling nella relazione di aiuto, Sovera Multimedia, Roma, 2000.

Somaruga M., Comunicare con il paziente. La consapevolezza della relazione nella professione infermieristica, Carocci Faber, Roma, 2006.

Spagnolo N., Guida al counseling, Ecomid, 2005.

Thompson N., Lavorare con le persone. Utenti, pazienti, alunni, giovani, colleghi... come fare bene insieme, Erickson, Trento, 2007.

Tissot A., Un viaggio attraverso le relazioni che curano, in Rivista Servizio Sociale, Roma, n.2 2010.



## LA PORTA D'ACCESSO AL WELFARE

### Coinvolte 5 Regioni: su 691 casi attivati 543 percorsi assistenziali

Stop ai servizi e alle cure spezzatino per i disabili. E all'odioso via vai tra un centro e l'altro e all'impossibilità di ricevere una risposta unica, chiara e tempestiva per tutti i bisogni.

Per abbattere il muro di gomma del welfare italiano che spesso impedisce a chi è colpito da una disabilità di ottenere un percorso assistenziale ad hoc la risposta si potrebbe chiamare «Pua».

L'acronimo sta per «Punto unico di accesso»: in sostanza è la porta d'accesso unica per i servizi socio-sanitari. Una strada che alcune Regioni hanno già intrapreso e che il ministero della Salute ha deciso di mettere alla prova attraverso una sperimentazione nazionale che si è appena conclusa in cinque Regioni per dimostrarne la fattibilità. Il progetto («Individuazione e

implementazione di un sistema di accesso unico alla rete dei servizi socio-sanitari integrati della persona con disabilità») promosso dal ministero attraverso il Ccm è stato testato dalla Toscana e dalla Asl 7 di Siena, in collaborazione con Friuli, Veneto, Lazio e Campania. Regioni dove sono stati attivati, dopo un periodo di formazione del personale, cinque «Pua» per i servizi destinati ai disabili. In sei mesi di test su quasi 691 accessi sono stati messi in campo oltre 543 percorsi assistenziali in base ai bisogni emersi.

L'obiettivo è quello di garantire il diritto all'accesso unitario ai servizi socio-

sanitari: il Pua, infatti, attraverso la compilazione della scheda di ingresso effettua una prima analisi del bisogno e attiva le prime azioni di orientamento (bisogno semplice, complesso, risposta assistenziale immediata, avvio delle procedure per la valutazione multidisciplinare e per i supporti specialistici).

Il tutto grazie a un supporto pluri-professionale che favorisce il passaggio funzionale nella fase della presa in carico. Oltre all'orientamento anche su materie diverse: da quello fiscale a quello normativo e lavorativo.

Mar.B.

I numeri della sperimentazione

	Toscana	Veneto	Campania	Lazio	Friuli V.G.
N. accessi Pua	79	117	66	124	302
N. nuovi utenti	78	117	56	68	202
N. prima valutazione del bisogno	5	117	66	68	110
N. orientamento per attivazione procedure accertamenti	8	59	3	48	19
N. piani personalizzati di assistenza da parte di Umv	31	114	21	74	65
Rapporto tra accessi e piani personalizzati di assistenza	39,2%	97,4%	31,8%	59,6%	21,5%



## L'ATROPINA FRENA LA MIOPIA NEI BAMBINI: CONFERMA CINESE

L'impiego di atropina (0,5-1%) è sicuro ed efficace nel ridurre la progressione della miopia nei bambini con forma leggera-moderata. Il dato è confermato da una metanalisi condotta da Yan-Yan Song e colleghi, del dipartimento di Farmacologia e biostatistica della università Jiaotong di Shanghai (Cina).

Per la ricerca sono stati considerati 6 trial clinici randomizzati che avevano l'obiettivo di verificare l'efficacia del farmaco, rispetto al placebo, nel contrastare il tasso annuale di progressione della miopia dopo applicazioni quotidiane di atropina per un anno.

È emerso che, rispetto al placebo, l'effetto dell'atropina nel rallentare la progressione della miopia è quantificabile in 0,773 diottrie/anno.

Il modello di regressione ha poi evidenziato una relazione dose-risposta tra farmaco e progressione del disturbo visivo. La stima di efficacia di atropina

allo 0,05%, 0,1% e 0,25% è stata, rispettivamente, di -0,655, -0,606 e -0,442 diottrie/anno, mentre quella di atropina allo 0,5% e 1% si è attestata sui valori di -0,208 e 0,160; ciò porta a ritenere che, nell'arco di un trattamento di 6-24 mesi, la miopia potrebbe peggiorare ricorrendo a bassi dosaggi di atropina, ma non impiegando concentrazioni dello 0,5-1%.

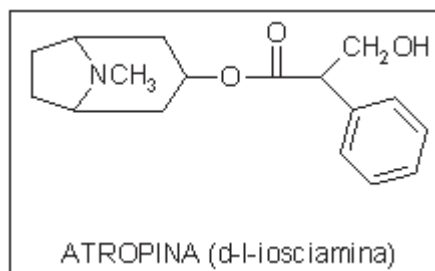
Durante il periodo delle applicazioni non si sono riscontrati eventi avversi gravi determinati dall'impiego di atropi-

na; tra le reazioni più frequenti associate alla somministrazione del farmaco alle concentrazioni di 0,5-1%, si sono avuti blefarite allergica ricorrente, fotofobia, abbagliamenti; per minimizzare gli ultimi due disturbi è comunque possibile ricorrere a lenti fotocromatiche od occhiali da sole con protezione ultravioletta.

Tratto da:

*J. Ocul Pharmacol Ther.* 2011 Jun 7.

Song YY, Wang H, Wang BS, Qi H, Rong







## LICENZIATO IL MEDICO CHE DELEGA

24 ORE  
**Sanità**

n. 20 del 24 maggio 2011

E' licenziabile il medico che affida all'ostetrica in sala parto operazioni al di fuori delle situazioni d'emergenza. Lo ha stabilito la **Corte di Cassazione con la sentenza n. 8458 del 13 aprile 2011** respingendo la tesi della Corte di Appello di Firenze che dichiarava l'illegittimità del licenziamento per giusta causa intimato a un dirigente medico di primo livello «per avere consentito presso la sala parto del presidio ospedaliero che l'ostetrica effettuasse, con l'assistenza di un altro medico del reparto, un intervento chirurgico di taglio cesareo e, successivamente, nell'aver seguito un altro taglio cesareo con l'assistenza dell'ostetrica come secondo operatore». Osservava la Corte territoriale che l'istruttoria aveva confermato la violazione da parte del sanitario delle norme di legge ma ciò nonostante aveva ritenuto che il fatto non fosse di tale gravità da ledere il rapporto fiduciario che deve intercorrere tra il lavoratore e il datore di lavoro in quanto al tempo stesso, aveva permesso la formazione di una dipendente chiamata, seppure in situazioni di emergenza, a porre in essere quelle pratiche sanitarie.

Avverso la sentenza proponeva ricorso l'Asl lamentando la violazione dell'art. 2119 cc e dell'art. 36, comma 2, del contratto 5 dicembre 1996, osservando che la violazione delle regole della scienza medica e del regolamento ospedaliero del reparto di Ostetricia e ginecologia

(che non consentivano di delegare funzioni del personale medico ad altri e diversi ausiliari, non autorizzati, in assenza di particolari situazioni di urgenza, nel caso insussistenti) risultava di entità tale da legittimare il recesso per giusta causa. Nel cassare la sentenza territoriale, la Corte ricorda che l'inadempimento idoneo a giustificare il licenziamento in ogni comportamento che, per la sua gravità, sia suscettibile di scuotere la fiducia del datore di lavoro e di far ritenere che la continuazione del rapporto si risolva in un pregiudizio per gli scopi aziendali (cfr. per tutte Cass. n. 14551/2000; Cass. n. 16260/2004; Cass. n. 4586/2009), sicché quel che appare decisivo per la valutazione della proporzionalità tra addebito e sanzione, è l'influenza che sul rapporto di lavoro esercita il comportamento del lavoratore che, per le sue concrete modalità e per il contesto di riferimento, sia suscettibile di porre in dubbio la futura correttezza dell'adempimento.

A fronte della violazione delle prescrizioni stabilite dalla legge e dell'assenza di situazioni di «particolare emergenza», non risultavano, secondo la Corte, evidenziabili elementi che, con plausibilità logica, consentissero di attenuare il disvalore dei fatti contestati.

Se si considera che proprio l'eventualità del realizzarsi di un possibile danno alla paziente doveva sconsigliare il sanitario

dal consentire l'intervento e che l'accettazione di un rischio, per quanto solo potenziale, doveva apprezzarsi quale sintomo, particolarmente grave, della violazione dei doveri connessi alla sua posizione funzionale.

Né tantomeno può considerarsi positivamente il ruolo didattico, in quanto le funzioni di formazione sono di competenza dell'azienda ospedaliera e non possono, in ogni caso, stravolgere, sulla base di iniziative puramente personali, le regole che presidiano al corretto svolgimento degli interventi sanitari.

Inoltre, il Dm 740/1994, che regola la professione di ostetrica ne delimita le competenze, prevedendo che «l'ostetrica, per quanto di sua competenza, partecipa:... b) alla preparazione psicoprofilattica al parto; c) alla preparazione e all'assistenza a interventi ginecologici...» (art. 1, comma 2) e che la stessa «è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza» (art. 1, comma 5). Nessun intervento chirurgico e interventi medici possibili solo nei limiti delle «misure di particolare emergenza».

*Paola Ferrari (Avvocato)*



## INDAGINE ITALIANA SULLA GESTIONE DELLA DERMATITE OCCUPAZIONALE

La gestione della dermatite occupazionale in Italia non è ancora soddisfacente: sul posto di lavoro mancano figure mediche di riferimento, l'informazione offerta ai pazienti sui rischi occupazionali è inadeguata, la sorveglianza di bassa qualità, i rischi legati alla professione vengono sottostimati da parte del medico di medicina generale e, in generale, si registra una scarsa collaborazione fra tutte le figure mediche coinvolte.

È questo il quadro emerso da una ricerca compiuta da un'equipe della sezione di Medicina del lavoro e igiene industriale dell'azienda Spedali civili di Brescia, coordinata da Michela Crippa. L'indagine ha coinvolto 301 lavoratori con dermatite occupazionale che si sono rivolti all'Istituto di salute occupazionale tra il 2000 e il 2008. In questo perio-

do sono stati diagnosticati 168 casi di dermatite allergica da contatto, 101 casi di dermatite irritante da contatto e 32 altre forme di dermatiti.

Il 51,8% dei lavoratori si è recato dal medico di medicina generale e il 45,9% da un medico del lavoro. Il tempo di latenza medio tra comparsa dei primi sintomi e diagnosi eziologica è stato di 36 mesi, e significativamente maggiore (60 mesi) per i lavoratori del settore edilizio.

Il medico di medicina generale ha inviato solitamente i propri pazienti al consulto presso un dermatologo o un allergologo e ha pre-

scritto terapie appropriate più spesso di quanto abbia fatto il medico del lavoro. Durante la ricerca, sono stati compiuti test allergologici specifici in 292 lavoratori (97%): in 48 pazienti la correlazione tra sintomi ed esposizione occupazionale non è stata chiarita ed è stata verificata più di una volta; in 29 lavoratori è stato necessario ricorrere a un consulto dermatologico a causa della gravità della lesione della pelle. In molti casi si sono dovute raccogliere maggiori informazioni sul tipo di esposizione occupazionale, e questo ha determinato un ritardo nello stilare la diagnosi di 3-10 settimane.





## NUOVE DISPOSIZIONI PER I RITARDI NEI PAGAMENTI

Direttiva 2011/7/UE

Nuova direttiva del Parlamento Europeo, adottata il 16 febbraio scorso, relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali (2011/7/UE).

Dovrebbe avere così inizio una nuova era per le imprese europee: i ritardi nei pagamenti infatti non saranno più tollerati e alla scadenza del termine previsto per il pagamento, il debitore dovrà pagare, ipso iure, gli interessi legali più quaranta euro come risarcimento del danno.

In particolare, l'art. 3 della nuova direttiva prevede che nei rapporti tra imprese, in caso di insolvenza del debitore, il

creditore avrà diritto agli interessi di mora senza che sia necessario alcun sollecito. Gli interessi decorreranno dal giorno successivo la data di scadenza indicata nel contratto, ovvero, nelle ipotesi in cui le parti non abbiano previsto alcuna scadenza, dalla data in cui il debitore ha ricevuto la fattura, o, in mancanza, dalla data in cui la merce è stata ricevuta, o il servizio è stato prestato.

Anche nelle transazioni tra imprese e pubbliche amministrazioni vigono le stesse regole, la sola differenza sta nel fatto che gli Stati membri potranno prorogare i classici trenta giorni (per il pagamento) in sessanta nei confronti delle P.A. che forniscono assistenza sanitaria.

Le disposizioni contenute nella direttiva sono da considerarsi come previsioni "minime" di favore per i creditori, con la conseguenza che gli Stati membri, in sede di recepimento, potranno adottarne solo di più favorevoli. L'intento del legislatore è stato, infatti, quello modificare le vecchie e "cattive abitudini" dando vita ad una nuova cultura dei pagamenti rapidi, dove il creditore disponga di strumenti idonei per la sua tutela e, al contempo, il debitore sia disincentivato dal pagare in ritardo. La nuova direttiva entrerà in vigore il 16 marzo 2013.

*Avv. Silvia Stefanelli*



## IGIENISTI DENTALI, APRIRE UN'ATTIVITÀ RESTA UN REBUS

Nonostante l'istituzione della professione di igienista dentale risalga a oltre 20 anni fa, il settore ancora oggi si interroga se sia legittimo o meno per un laureato in igiene dentale aprire un proprio studio in autonomia e non solo collaborare all'interno di uno studio odontoiatrico anche se con propria partita Iva.

A porre il quesito è il presidente dell'Albo provinciale degli odontoiatri di Pisa che chiede alla Cao nazionale un parere in merito. «A nostro parere - scrive il presidente nazionale Cao Giuseppe Renzo - è di tutta evidenza che questa normativa regolamentare non può costituire un elemento giuridicamente rilevante per definire l'igienista dentale come libero professionista».

Affermazione che il presidente Cao supporta con una serie di considerazioni che partono proprio dal profilo professionale che afferma come l'igienista dentale «svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni orodentali su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio dell'odontoiatria».

Requisito essenziale, precisa la Cao, dell'esercizio libero-professionale è, infatti, la piena autonomia sulle decisioni relative alla propria attività. «Tale requisito - sottolinea Renzo - non è riconducibile all'igienista dentale il quale presta la propria attività su indicazio-

ne dell'odontoiatra». «Occorre evidenziare - continua Cao - che lo svolgimento dell'attività lavorativa dell'igienista dentale o come lavoratore subordinato o in regime di libera professione avrà conseguenze strettamente sul piano fiscale considerata la diversità di normative a riguardo».

Di parere opposto le associazioni di riferimento degli igienisti dentali (Aidi e Unid) che in una nota congiunta contestano punto per punto il parere della Cao.

«Le dichiarazioni del presidente nazionale Cao - si legge in una nota a firma del presidente Aidi Marialice Boldi e dal presidente Unid Gianfranco Sorgente - oltre a stravolgere ogni consolidata interpretazione letterale e sistematica della normativa vigente, costituzionale e non, tendono a far riemergere antiche e, pensavamo, ormai superate derive corporative dell'attività odontoiatrica, giungendo a riconoscere, nella figura dell'odontoiatra, l'unico paladino responsabile della salute del paziente».

Ecco i punti che, secondo i presidenti Aidi e Unid, renderebbero prive di fondamento le indicazioni trasmesse dalla Cao nazionale ai presidenti degli Albi provinciali degli odontoiatri.



1) L'articolo 1 del decreto 137/1999 espressamente prevede la possibilità che l'igienista dentale possa svolgere la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero professionale, su indicazione di odontoiatri e medici legittimati all'esercizio dell'odontoiatria.

2) L'esercizio in forma autonoma e libero-professionale dell'attività può avvenire in strutture sanitarie, pubbliche o private: l'autonomia riconosciuta dalla legge implica, costituzionalmente, il diritto a svolgerla anche in propri studi professionali.

3) L'espressione utilizzata dal legislatore, il quale fa precedere la prestazione dell'igienista dentale da «su indicazione dell'odontoiatra», non costituisce assolutamente una limitazione della riconosciuta autonomia, ma una «disciplina» dello svolgimento dell'attività.

4) Il riconoscimento, da parte del ministero della Salute, della possibilità giuridica che l'igienista dentale possa acquistare le attrezzature necessarie per lo svolgimento della propria attività in deroga alla legge 175/1992.

*Gio. Rim.*

**Sanità**

n. 20 del 24 maggio 2011



## NORMATIVA COMUNITARIA APPROVATA LA DIRETTIVA SUI RITARDI NEI PAGAMENTI

# FLASH EUROPA

Unioncamere Emilia-Romagna

Il 16 marzo 2011 è entrata in vigore la direttiva 2011/7/UE contenente misure per combattere i ritardi nei pagamenti.

Gli Stati membri avranno due anni di tempo per recepire e trasformare in legge nazionale le disposizioni contenute nel provvedimento.

Le pubbliche amministrazioni degli Stati membri saranno obbligate a effettuare i pagamenti entro



trenta giorni, prorogabili fino a sessanta per il settore sanitario.

In materia di appalti pubblici l'effetto disciplinatore della direttiva sul comportamento delle pubbliche amministrazioni sarà notevole.

Da stime della Commissione europea, il provvedimento consentirà di rimettere in circolo in Europa una liquidità di circa 180 miliardi di euro.

La direttiva prevede una mora in caso di ritardato pagamento, equivalente all'interesse legale dell'8%, sarà applicata automaticamente sull'importo dovuto. Per i contratti tra imprese prevede, infine, un termine di pagamento di massimo sessanta giorni, salvo diversi accordi tra le parti.



## PUBBLICITÀ SANITARIA: AGLI ORDINI SOLO UNA VERIFICA DELLA VERIDICITÀ DEL MESSAGGIO

Gli Ordini professionali costituiscono degli Enti esponenziali degli interessi di categoria, ancorché dotati di una propria autonomia gestionale e decisionale, che operano sotto la vigilanza del Ministero della Salute.

Essi sono stati istituiti dal Governo Giolitti, con legge n.455 del 10 luglio 1910, e ricostituiti dall'Assemblea Costituente con D.L.C.P.S. del 13 settembre 1946, n.233 il cui regolamento di esecuzione è stato approvato con D.P.R. n.221 del 5 aprile 1950, e svolgono importanti funzioni nei confronti dei propri iscritti.

Gli Ordini dei Medici, tuttavia, non svolgono, per previsione normativa, una funzione indipendente ed imparziale a tutela di interessi di grande rilevanza e propri dell'intera collettività generale, assimilabile a quella delle Authority, istituite in tempi successivi e relativamente recenti, a partire dalla metà degli anni '80 nel quadro di un nuovo modello di organizzazione amministrativa, e sottratti da ogni forma di vigilanza o controllo, per quanto concerne la propria attività istituzionale, da parte dell'amministrazione governativa e che si esprimono in posizione di terzietà, equidistanza e neutralità rispetto a tutti gli interessi coinvolti.

L'impugnativa degli atti degli ordini professionali, pertanto, segue il rito ordinario.

Ciò premesso nel merito il ricorso è fondato con particolare riferimento alla prima censura dedotta.

Infatti, l'art. 2, lettera b) del cosiddetto decreto Bersani ossia il D. L. 223/2006, convertito in legge 248/2006, in conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, ha abrogato, dalla data di sua entrata in vigore, le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali, "il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine".

Ciò ha comportato l'abrogazione delle disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali, tra l'altro, il divieto di svolgere pubblicità informativa (Cassazione civile, sez. III, 15 gennaio 2007, n. 652) tra cui anche la legge L. n. 175 del 1992 che in precedenza disciplinava la pubblicità concernente l'esercizio delle professioni sanitarie (Cassazione civile, sez. III, 30 novembre 2006, n. 25494).

All'Ordine professionale, pertanto, residua soltanto un potere di verifica della veridicità del contenuto della pubblicità, non contestata nel provvedimento impugnato, al fine di effettuare eventuali

segnalazioni agli organi competenti in proposito.

Né è condivisibile l'interpretazione della difesa dell'ordine professionale che intende differenziare, sotto il profilo della pubblicità, l'attività dei singoli professionisti, ai quali sarebbe consentita la pubblicità, e quella delle attività professionali svolte in forma societaria, oggi consentita, per le quali rimarrebbe il divieto di pubblicità ed il potere inibitorio dell'Ordine dei Medici. Tale differenziazione non sussiste nel quadro normativo vigente e non è prevista dal D.L. 223/2006, convertito in legge 248/2006, e sarebbe in contrasto proprio con il principio comunitario di libera concorrenza al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato che costituiscono le finalità della recente normativa sopra indicata.

Ciò non determina alcun vuoto normativo di tutela poiché i decreti legislativi n. 145/2007 e 146/2007 che recepiscono le direttive comunitarie 2006/114/CE e 2005/29/CE, e che introducono una nuova disciplina della pubblicità ingannevole e comparativa (modificando il decreto legislativo n. 206/2005 - Codice del consumo) e delle pratiche commerciali sleali affidano all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato il potere di avviare i procedimenti ispettivi, su segnalazione ed anche d'ufficio, e di adottare i conseguenti provvedimenti sanzionatori.





## NORME TECNICHE DEL SETTORE MEDICALE DI RECENTE APPROVAZIONE

NUMERO	DATA	TITOLO	LINGUA	EURO
EN ISO 11980:2009	09-11-2010	Ottica-oftalmica – Lenti a contatto e prodotti per la cura di lenti a contatto – Linee guida per l'investigazione tecnica	EI	57,00
EN ISO 14729:2010	25-11-2010	Ottica-oftalmica – Prodotti per la cura delle lenti a contatto – Requisiti microbiologici e metodi di prova per i prodotti e per i protocolli di gestione igienica delle lenti a contatto	EN	51,50
EN 455-2:2010	14-12-2010	Guanti medicali monouso- Parte 2: Requisiti e prove per le proprietà fisiche	EI	36,00
EN ISO 10555-1:2009	14-12-2010	Crateri intervaskolari sterili monouso – Parte 1: Requisiti generali	IT	46,50
EN ISO 10993-13:2010	1-03-2011	Valutazione biologica dei dispositivi medici - Parte 13: Identificazione e quantificazione di prodotti di degradazione di dispositivi medici a base di polimeri	EI	51,50
/TR 11408:2011	3-03-2011	Guida alla progettazione, allo sviluppo e al controllo del processo di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili (DM) sterilizzabili mediante vapore	IT	66,00
CEI EN ISO 15225:2010	8-03-2011	Dispositivi medici- Gestione per la qualità -Struttura dei dati per la nomenclatura dei dispositivi medici	EI	57,00
EN ISO 14155:2011	15-03-2011	Indagine clinica dei dispositivi medici per soggetti umani- Buona pratica clinica	EN	73,50
EN 14139:2010	15-03-2011	Ottica oftalmica - Specifiche per occhiali premontati	EI	27,00
EN ISO 28319:2010	5-04-2011	Odontoiatria -Saldatura laser	EI	41,50
EN 455-2:2011	7-04-2011	Guanti medicali monouso- Parte 2: Requisiti e prove per le proprietà fisiche	EN	27,00
EN ISO 8624:2011	7-04-2011	Ottica oftalmica - Montature di occhiali- Sistema di misurazione e terminologia	EN	27,00
CEI EN ISO 13485:2004	3-05-2011	Dispositivi medici – Sistemi di gestione della qualità – Requisiti per scopi regolamentari	IT	64,00
EN 16128:2011	21-04-2011	Metodo di prova di riferimento per il rilascio di nichel da quelle parti di montature per occhiali e occhiali da sole destinate a venire a stretto e prolungato contatto con la pelle	EN	36,00
EN ISO 3107:2011	21-04-2011	Odontoiatria - Cementi a base di ossido di zinco con eugenolo e senza eugenolo	EN	32,00
EN 12183:2009	18-01-2011	Sedie a rotelle a propulsione manuale- Requisiti e metodi di prova	EI	66,00
EN 12184:2009	18-01-2011	Sedie a rotelle a propulsione elettrica, motorette e loro sistemi di carica- Requisiti e metodi di prova	EI	76,50
EN ISO 11737-1:2006	22-02-2011	Sterilizzazione dei dispositivi medici - Metodi microbiologici - Parte 1: Determinazione di una popolazione di microrganismi sui prodotti	IT	64,00
EN ISO 11986:2011	13-01-2011	Ottica oftalmica - Lenti a contatto e prodotti per la cura di lenti a contatto- Determinazione dell'assorbanza e il rilascio dei conservanti	EN	22,50



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento

### 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](mailto:benesseresanita@cnaemiliaromagna.it)**

**[www.cnaemiliaromagna.it](http://www.cnaemiliaromagna.it)**