

Numero 2, aprile 2012



### MAZZOTTI (PD) "DA MARZO SI RIDUCONO I TEMPI DI PAGAMENTO ALLE AZIENDE SANITARIE"

Mercoledì 29 febbraio 2012

"Un po' di respiro per le cooperative sociali e i fornitori di beni e servizi del sistema sanitario. Ecco la prima e forte risposta al problema dei ritardi nei pagamenti delle aziende sanitarie, tra le quali anche quella di Ravenna".

Così afferma il consigliere regionale Mario Mazzotti (PD) alla notizia che sarà finalmente possibile, dal prossimo mese, ridurre i tempi di pagamento di circa 90 giorni da parte della regione Emilia Romagna nel comparto sanitario.

"A dicembre 2011 il Governo Monti ha sbloccato 600 milioni di euro destinati alla Regione. Queste risorse—pur rappresentando solo una parte del credito vantato dalla Regione verso il Fondo Sanitario nazionale - , che si aggiungono ai 125 milioni di novembre scorso, permetteranno da marzo di ridurre, di almeno 90 giorni i tempi di attesa con cui le Aziende sanitarie pagano i propri fornitori—dichiara Mazzotti — Ad oggi servivano, per la liquidazione di talune prestazioni, 278 giorni per i beni economici e 258 per i servizi in appalto (30 giorni i pagamenti dei farmaci). Questa situazione, pur essendo migliore della drammatica media nazionale, ha penalizzato fortemente il nostro sistema delle imprese. Pur nelle diffi-

coltà della situazione finanziaria nazionale — conclude Mazzotti— occorre riconoscere lo sforzo del Governo ma bisogna proseguire nella richiesta allo Stato di far fronte ai propri obblighi verso Regioni e aziende sanitarie.

Serve poi uno sforzo concertato per promuovere una nuova responsabilità del sistema bancario e per favorire l'accesso al credito delle imprese partner del sistema sanitario".



### ATTENZIONE! TASSA SULLE ATTIVITÀ PROMOZIONALI

Il Decreto "libera Italia" ha apportato alcune modifiche in materia di dispositivi medici; più esattamente l'art. 68 stabilisce che:

- **Passa dal 5% al 5,5%** la tassa sulle attività promozionali da versare entro aprile.
- Viene definitivamente **cancellata la tariffa dei 100** per l'iscrizione al Repertorio dei Dispositivi medici.



Avv. Stefanelli

#### Sommario:

Mazzotti (PD) "da marzo si riducono i tempi di pagamento alle aziende sanitarie"	1
Tassa sulle attività promozionali	1
Disabili, ecco le cure sostenibili	2
Il marchio Ce consente le verifiche sui prodotti notificati	3
Il divieto d'acquisto on line è la miglior tutela per gli italiani	3
Appalti più facili per le Pmi	4
"Made in Italy" e fisco: ecco dove intervenire	5
Occhiali correttivi in ambiente di lavoro	6
L'export conferma gli occhiali come simbolo del Made in Italy	9
INAIL, riabilitazione integrativa	10
Rimborsi a privati non accreditati: il Dg "paga"	10
Patto salute, ipotesi ticket per protesi e ausili diabetici	11
Linee guida del Garante sui siti web dedicati alla salute	11
Ecco l'assicurazione che cura	12
Protesi&C, copayment dietro l'angolo	12



## DISABILI, ECCO LE CURE SOSTENIBILI

La **Sanità**

n. 44 del 22 novembre 2011

### La ricetta: meno ospedale e più Adi, Fondi integrativi e indennità eque

Come disinnescare la bomba sanitaria a orologeria della non autosufficienza è diventato ormai da anni un esercizio molto praticato da esperti, tecnici e istituzioni. In verità finora più con la teoria che con la pratica. Anche il neopremier Mario Monti nel suo primo discorso di fronte al Senato ha parlato dei rischi legati «ai servizi di cura agli anziani che oggi è una preoccupazione sempre più urgente nelle famiglie in un momento di difficoltà crescenti».

L'ultima ricetta sul fronte apertissimo delle «Long term care» arriva dal ministero del Welfare con una dettagliatissima e accurata indagine appena pubblicata che porta la firma dell'ormai ex ministro Maurizio Sacconi. Questo «secondo rapporto sulla non autosufficienza: assistenza territoriale e cure domiciliari» curato da Angelo Lino Del Favero mette, innanzitutto, il dito sulla piaga delle cure a singhiozzo ai circa 2,6 milioni di non autosufficienti che si contano oggi in Italia e che nel 2040 saranno quasi il doppio. Un'assistenza che vede differenze abissali da Sud a Nord nell'erogazione delle prestazioni: con il primo campione di spesa nelle indennità di accompagnamento - in Sardegna, Calabria, Sicilia e Campania si contano dieci assegni ogni mille abitanti, il doppio che in Lombardia e Veneto - e con il Settentrione invece più risparmio nei trasferimenti monetari, ma soprattutto più capace a investire su cure domiciliari e residenziali.

Un terreno minato, quello delle cure ai non autosufficienti, già alle prese con una dieta dimagrante e dove pesa come un macigno la delega fiscale e assistenziale ora in Parlamento che prevede maxi-tagli per 20 miliardi di euro all'assistenza attraverso una riforma del settore di cui il precedente Governo non ha fatto in tempo a delineare gli interventi. Insomma un vicolo cieco da cui bisogna uscire in qualche

modo. Perché se oggi si spende l'1,9% del Pil (lo 0,83% per indennità di accompagnamento), tra trent'anni servirà almeno il 2,9 per cento della ricchezza prodotta ogni anno. «A fronte dello scenario che si prospetta è di tutta evidenza - spiega il rapporto - che lo Stato non è in grado, da solo, di sostenerne il peso». Per questo motivo «il Pubblico dovrà modificare il proprio ruolo da erogatore di buona parte dei servizi e provvidenze a soggetto regolatore dei processi assistenziali, pubblici, privati, del terzo settore».

**La ricetta sostenibile.** Il ministero del Welfare nel suo rapporto punta su un mix di misure per rendere davvero sostenibile questa sfida che oggi sembra impari. Ecco gli ingredienti principali: deospedalizzazione a favore di una maggiore dotazione di servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari. In particolare con la «modifica dei Lea con trasferimento di funzioni e risorse dall'ambito ospedaliero al territorio, alle non autosufficienze, alla domiciliarietà, nel rispetto dei costi standard dei macro-livelli assistenziali». E poi sviluppo dei fondi integrativi, «principalmente attraverso la contrattazione collettiva e l'incentivazione fiscale, e disciplina della compartecipazione alla spesa al fine di allargare la platea dei beneficiari». Inoltre c'è bisogno - secondo il rapporto - di mettere mano all'attuale assetto dell'indennità di accompagnamento, «trasferendo le competenze dal livello centrale a quello regionale, promuovendo una gestione integrata delle risorse sociali e introducendo una correlazione tra l'accesso alla prestazione e le condizioni economiche del beneficiario». Infine sul territorio si dovrà rafforzare il distretto socio-sanitario per trasformarlo in una vera e propria «cabina di regia» della rete dei servizi territoriali: insomma un

«punto d'incontro degli attori istituzionali, professionali e del terzo settore».

Questa batteria di misure dovrebbe servire a dare risposte ai pazienti garantendo risposte «omogenee» in tutta Italia, visto che oggi - come dimostrano gli ultimi dati aggiornatissimi del rapporto sulle cure ai non autosufficienti - il nostro Paese risulta quasi sempre spaccato in due. Con il Sud quasi sempre a rincorrere il resto d'Italia.

### Rsa e cure domiciliari: meglio il Nord.

In Italia gli anziani assistiti in strutture sanitarie residenziali sfiorano il 2% e sono in crescita costante: nel 2007 erano 1871,7 per 100mila anziani, 1.894,8 nel 2008 e 1.969,1 nel 2009. Dai dati emergono le grandi differenze regionali nell'offerta di posti letto. Per il 2009 si possono individuare quattro gruppi di Regioni: un primo a cui appartengono Friuli, Trento, Bolzano, Veneto, Lombardia, con indici di anziani assistiti nelle strutture che sono dal 4 al 5%; un secondo gruppo (dal 2 al 3%) con Emilia e Piemonte; un terzo tra l'1 e il 2% con Toscana, Liguria, Umbria, Abruzzo, Marche. E un quarto dove ci sono le Regioni al di sotto dell'1% (Lazio, Sicilia, Sardegna e Campania). Anche l'assistenza domiciliare integrata è cresciuta molto negli anni: dai 385.278 casi del 2007 ai 400.411 del 2008 fino ai 442.129 del 2009 (la media, di tutto rispetto, è del 3,66%). Ma anche in questo caso si registrano «differenziazioni regionali molto significative anche se più contenute rispetto alla residenzialità»: si collocano in ottima posizione Friuli, Emilia e Umbria, buona la collocazione di due Regioni del Centro Sud - Abruzzo e Basilicata -, in posizione «altrettanto soddisfacente» Veneto e Lombardia.

**Boom di indennità al Sud.** Terza importante componente dell'assistenza ai

### Le raccomandazioni per una «rinnovata politica sulla non autosufficienza»

<b>Innovazione modelli erogativi dei servizi</b> Distretto socio-sanitario come "cabina di regia" «Atto specifico di programmazione integrata», previsto dal Patto salute su deospedalizzazione, residenzialità, semi-residenzialità e cure a casa Riconvertire piccoli ospedali in centri intermedi Attivazione in ogni distretto dell'Adi (h24) Riconoscimento del caregiver familiare «Regolarizzazione» delle assistenti familiari	<b>Sostenibilità delle Long term care</b> Modifica dei Lea: funzioni e risorse dall'ospedale a territorio, non autosufficienze e domiciliarietà Sviluppo fondi integrativi con la contrattazione collettiva e l'incentivazione fiscale Disciplina della compartecipazione alla spesa, anche nelle cure domiciliari, con criteri di equità Invecchiamento attivo e "medicina d'iniziativa"	rire competenze da livello centrale a regionale Accesso uniforme all'indennità di accompagnamento su base redditi e gravità della disabilità <b>Sussidiarietà e terzo settore</b> Favorire l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli e associati (articolo 118 della Costituzione)
	<b>Riforma delle erogazioni monetarie</b> Revisione indennità di accompagnamento: trasfe-	<b>Tecnologie</b> Nel piano di Sanità elettronica servono programmi di telemedicina, tecnologie a supporto della disabilità e monitoraggio a domicilio del paziente

n. 7 del 21 febbraio 2012

## IL MARCHIO CE CONSENTE LE VERIFICHE SUI PRODOTTI NOTIFICATI

Un dispositivo medico-legale si riconosce con facilità perché rispetta le normative di riferimento, deve quindi essere collegato obbligatoriamente a letteratura scientifica e studi clinici coerenti con le disposizioni sanitarie in materia, deve poter esibire certificazioni a norma di legge, come assicurare la possibilità di verifica trasparente sulle certificazioni rilasciate dagli organismi notificati.

In generale un dispositivo medico deve sempre esibire la marcatura Ce, prova della conformità ai requisiti essenziali della Direttiva dispositivi medici 93/42/Cee e s.m.i. e recante la chiara indicazione del numero dell'organismo notificato che l'ha rilasciata (per i dispositivi di classe di rischio medio-alta).

Questo permette la verifica presso l'organismo notificato delle effettive caratteristiche per cui il dispositivo ha ricevuto autorizzazione in ambito sanitario e consente di verificare se la marcatura è autentica e coerente con la destinazione d'uso pubblicizzata dal fabbricante. Alcune strutture private rilasciano certificazioni di pre-verifica alla conformità, ma non hanno nessun

valore sanitario. Anche una marcatura Ce che copre la sola parte elettrica non ha alcun valore sanitario, e non qualifica il dispositivo come medico.

Di certo non è facile capire se un dispositivo è conforme ai requisiti di sicurezza previsti dalla Direttiva 93/42/Cee e successive modifiche, soprattutto se sono ben contraffatte le evidenze documentali che lo accompagnano. È opportuno tuttavia controllare alcuni aspetti, quanto meno a un primo approccio.

Il marchio Ce deve essere presente sull'etichetta matricola o sull'imballo e nelle istruzioni per l'uso. Se il dispositivo è di medio-alto rischio (classe IIa, IIb e III) il marchio Ce deve essere seguito da quattro numeri identificativi dell'Ente certificatore che ha emesso il certificato Ce;

- devono essere presenti le istruzioni per l'uso a corredo col dispositivo (in lingua italiana se acquistato in Italia);

- l'indicazione del fabbricante deve essere presente su etichetta, imballo e istruzioni per l'uso, eventualmente accompagnata dall'indicazione del Rappresentante all'interno della Comunità europea, se con sede al di fuori di quest'ultima.

Altri poi potrebbero essere i controlli più approfonditi, come l'esame del certificato Ce (se disponibile) oppure la verifica dell'effettuata registrazione nella Banca dati e repertorio del ministero della Salute italiano, se il dispositivo è commercializzato in Italia.

Oltre a ciò si raccomanda al pubblico (ma anche agli operatori sanitari o ai professionisti del settore) di effettuare gli acquisti di dispositivi medici esclusivamente attraverso canali di vendita autorizzati o strutture accreditate dalle ditte produttrici, evitando siti web di dubbia origine o fonti di approvvigionamento alternative non controllate.

(M.T.)

## IL DIVIETO D'ACQUISTO ON LINE È LA MIGLIOR TUTELA PER GLI ITALIANI

Nonostante le cifre di sequestri e violazioni siano importanti, il Capitano Belgi (Comandante Nas Carabinieri di Milano da tempo impegnato attivamente nella tutela della salute e nella lotta alla contraffazione) rassicura: «Grazie alle nuove, severissime normative e ai frequenti controlli sia a professionisti che a strutture ospedaliere, la contraffazione dei dispositivi medici è molto contenuta. Le irregolarità in questo ambito sono altre: difetti di produzione, mancanza delle normali procedure di sterilizzazione o truffe legate alla marcatura». La maggior parte delle irregolarità che si riscontrano quindi derivano da comportamenti dolosi di produttori (o sedicenti tali): confezionamento dei dispositivi in ambienti non sterili, falsificazione attraverso l'utilizzo improprio di brand (esattamente come accade per borse e accessori firmati); oppure, nel caso soprattutto di strutture pubbliche, si segnalano episodi di corruzione, turbativa d'asta, favori illeciti tra medici e aziende fino ad arrivare all'esercizio abusivo della professione di medico. Ma il più grande pericolo per il cittadino è costituito da Internet. «In Italia - a differenza di altri Paesi - è vietata la vendita on line di dispositivi medici e farmaci» spiega il Capitano «tuttavia

molti si rivolgono a siti internazionali che commercializzano farmaci, soprattutto per acquistare quelli legati a disturbi sessuali, dopanti o anoressizzanti. Si sceglie il web perché non sono richieste prescrizioni mediche, è garantito l'anonimato e si può risparmiare. Purtroppo però dietro questi siti spesso si celano truffe: pillole senza principio attivo (ma solo con additivi e coloranti, a volte nocivi), farmaci non registrati o con il marchio Ce con difetti di forma. Occorre quindi sensibilizzare il cittadino sulla scelta di questi canali "alternativi": in Italia infatti grazie al sistema di registrazione del ministero e di documentazione non si rischia se si acquistano farmaci e dispositivi medici nei canali autorizzati. Inoltre, solo nel nostro Paese esiste una forza speciale come i Nas con competenze specifiche in ambito di protezione della salute dei cittadini; il nostro know-how è riconosciuto a livello internazionale ed "esportato" in progetti di lotta alla contraffazione internazionale quali a esempio "Impact" (sostenuto dall'Oms) o Medcrime, nei quali svolgiamo non solo un ruolo di monitoraggio, controllo e indagine ma anche di formazione dei colleghi stranieri».

Segue dalla pagina precedente

### DISABILI, ECCO LE CURE SOSTENIBILI

non autosufficienti sono i trasferimenti monetari: dalle indennità di accompagnamento agli assegni di cura. Negli ultimi anni le prime sono cresciute in modo esponenziale passando da 1.694.161 del 2008 a 1.804.828 del 2009 a 1.894.868 del 2010 e a 1.933.904 di quest'anno. Per una spesa che raggiunge quasi 9,5 miliardi che raggiungono gli 11 con le pensioni di invalidità civile. Anche in questo caso c'è uno «scostamento consistente» tra le Regioni del Nord e quelle del Sud dove si registra un boom di assegni. Un dato «paradossale» - spiega il rapporto - visto che sono «più numerosi i beneficiari di pensioni e assegni di accompagnamento nelle Regioni con popolazione più "giovane" e quindi con una minore incidenza degli over 75 anni, rispetto a Regioni a forte indice di invecchiamento».

Marzio Bartoloni





## APPALTI PIÙ FACILI PER LE PMI

Adempimenti semplificati, ma senza quote riservate alle microimprese

Sanità

n. 48 del 20 dicembre 2011

*La legge 180/2011 introduce uno Statuto con i diritti per le piccole e medie imprese*

Con la legge 11 novembre 2011 n. 180, in vigore dal 15 novembre 2010, è stato approvato lo «Statuto per le imprese». Il provvedimento - che ha goduto nelle ultime fasi di un percorso parlamentare bipartisan - origina dalla volontà di attuare nel nostro Paese lo «Small business act», la carta europea dei diritti per le piccole e medie imprese approvata con la «Comunicazione della Commissione europea Com (2008) 394 definitivo», del 25 giugno 2008.

### «Think small first», ma niente appalti riservati alle Pmi.

Nell'Ue operano 23 milioni di piccole e medie imprese (Pmi), pari a circa il 90% del totale. Danno lavoro a oltre 100 milioni di persone (67% dell'occupazione nel settore privato). Negli ultimi anni le Pmi hanno creato

l'80% dei posti di lavoro nell'Ue. La maggior parte sono microimprese (il 91,5% delle Pmi ha meno di 10 dipendenti), aziende artigianali, familiari e cooperative. In Italia aderiscono alle organizzazioni rappresentative del commercio e dell'artigianato 2,8 milioni di micro, piccole e medie imprese. Nell'ambito manifatturiero, le Pmi italiane (518mila) sono il doppio rispetto alla Francia, 2,5 volte la Germania e più del triplo rispetto al Regno Unito.

Per inciso, il 90% delle 700 imprese che nel nostro Paese operano nel settore biomedicale rientrano tra le microimprese o Pmi. Questi numeri spiegano l'attenzione europea e nazionale verso questo comparto economico, il più vulnerabile in tempi di crisi. A un iniziale disegno di legge del 2009 di recepimento nazionale dello «Small business act» se ne sono aggiunti altri, sino alla convergenza nel testo definitivo. Da cui, in fase di stesura finale, è stato espunto l'obbligo di «riservare una quota degli appalti pubblici, non inferiore al 30%, alle micro, piccole e medie imprese». Ciò per il veto Ue, nonostante in ambito internazionale riserve di fornitura siano praticate, a esempio negli Usa. La legge 180/2011 è finalizzata a ridurre e rendere trasparenti gli adempimenti amministrativi a carico di cittadini e imprese, a favorire l'avvio di nuove attività imprenditoriali, a rendere più facile l'accesso agli appalti da parte delle microimprese

e Pmi. Contiene anche la delega al Governo per il recepimento della direttiva 2011/Ue sulla definizione dei termini di pagamento che la pubblica amministrazione deve garantire e per il contrasto alla posizione dominante dei fornitori sui subfornitori.

L'autocertificazione per l'attestazione del possesso dei requisiti di idoneità è già prevista dall'ordinamento (articoli 38 e 41 del D.Lgs. 163/2006 e s.m.), così come il divieto per la Pa di richiedere documentazione già in suo possesso (articolo 2 della legge 241/1990). Il divieto di richiedere per la partecipazione agli appalti pubblici requisiti finanziari sproporzionati rispetto al valore del contratto è oggetto di consolidata giurisprudenza, nonché di direttive dell'Antitrust. Poiché nel caso di microimprese e Pmi la documentazione probatoria dei requisiti di idoneità può essere richiesta solo all'impresa aggiudicataria, non è chiaro il

comportamento da tenere quando a un appalto partecipano sia microimprese, Pmi e altre imprese, relativamente al sorteggio per il controllo preventivo a campione dei requisiti di capacità, di cui all'articolo 48 del Dlgs 163/2006.

Le microimprese e Pmi vanno preventivamente escluse dal sorteggio? Anche a tale scopo non è definita la competenza a qualificare e certificare la collocazione dell'impresa concorrente nel novero delle microimprese o Pmi, collocazione peraltro soggetta a variabilità. Le procedure di evidenza pubblica e in particolare gli appalti pubblici di importo inferiore alle soglie europee indette da Stato, Regioni ed Enti locali devono essere pubblicizzate sui rispettivi siti istituzionali.

A proposito di coerenza normativa, va ricordato che è stata recentemente innalzata a 40.000 euro la soglia di valore che consente acquisti con un solo diretto interpellato (legge 106/2011). Da osservare, peraltro, che le Aziende del Ssn non risultano tra le amministrazioni destinatarie della norma sulla pubblicità. In materia di appalti pubblici, l'impatto più significativo della legge 180/2011 è determinato dall'obbligo a carico delle pubbliche amministrazioni di «suddividere gli appalti in lotti o lavorazioni» (essendo vietato ogni artificioso frazionamento volto a eludere le normative comunitarie) e di evidenziare

le possibilità di subappalto (comunque già previste dalla legge), con previsione del pagamento diretto dei subappaltatori.

Dal punto di vista formale la disposizione si presenta generica e, come tale, fonte di possibili contenziosi. Quali dimensioni quantitative e/o quali caratteristiche strutturali devono possedere i lotti? Con che logiche devono essere individuati, avuto presente che le microimprese e Pmi risultano penalizzate tanto dalla concentrazione verticale della domanda (appalti integrati, che comportano diversificate competenze e potenzialità produttive), quanto dalla concentrazione orizzontale, cioè una aggregazione di quantità che presuppona una notevole capacità produttiva. Sul dimensionamento e la configurazione degli appalti e/o dei lotti, la volontà della Pa è sindacabile in sede giurisdizionale? Va ricordato che la stessa legge 180/2011 abilita espressamente le associazioni di categoria «a impugnare gli atti amministrativi lesivi degli interessi diffusi».

**Centrali di acquisto da rottamare?** Sul piano sostanziale emerge una clamorosa schizofrenia del legislatore, il quale da anni sta legiferando per una sempre più massiva concentrazione della domanda dei beni e servizi occorrenti alle pubbliche amministrazioni.

Razionalizzare la domanda e massimizzarne l'appetibilità attraverso la sua concentrazione è il leitmotiv che ci accompagna dall'attivazione della Consip (anno 2000) in poi, passando per la creazione delle Centrali di acquisto regionali (anno 2006), sino alla propugnanza delle Stazioni uniche appaltanti (anno 2010). Quindi, accorpate la domanda per contenere la spesa pubblica o sminuzzare i fabbisogni per incentivare le Pmi? La legge 180/2011 deve essere attuata «senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica». Se tra gli oneri vanno conteggiati i mancati risparmi sui prezzi di acquisto, la legge andrebbe disapplicata. A meno di iscriverne gli aiuti alle microimprese e Pmi tra le misure per la crescita (spesa pubblica come volano per l'economia), nel qual caso alle centrali di acquisto potrebbe residuare solo una attività di servizio per gli appalti locali.

Marco Boni





## "MADE IN ITALY" E FISCO: ECCO DOVE INTERVENIRE

\*\*\***41 ORE**  
**Sanità**

n. 3 del 24 gennaio 2012

### Marchio da tutelare e maggiore detraibilità dei costi

L'essenza propria della scelta di essere liberi professionisti e quindi di reagire alle difficoltà piuttosto che non subirle, ha esaltato la vocazione di Andi di cercare soluzioni per sostenere un modello di esercizio professionale, prevalentemente legato allo studio monoprofessionale, oggi in sofferenza. Queste le premesse che hanno portato l'Associazione a convocare nei giorni scorsi il "Tavolo del Dentale" a cui hanno partecipato le realtà più significative del mondo professionale, artigianale, della produzione e della distribuzione odontoiatrica.

Il senso dell'incontro è stato quello di valorizzare in toto le potenzialità dello stesso in termini occupazionali e di massa critica, anche in termini economici, al fine di proporre ai ministeri competenti e in particolar modo a quello dello Sviluppo economico ipotesi per sostenere e rilanciare il settore, anche e soprattutto rispetto a un paziente che sempre più tende a disertare lo studio odontoiatrico, trascurando un bene prezioso e conquistato con sacrificio nel tempo quale la salute orale.

Significativo incremento della deducibilità fiscale delle spese odontoiatriche, reintroduzione della "Legge Tremonti-ter" applicabile alle realtà professionali, possibilità di maggior detraibilità nello stesso esercizio di beni anche di costo superiore ai 516 euro e una riduzione del periodo di ammortamento dei beni strumentali specifici odontoiatrici: ecco alcuni dei principali temi da proporre ai ministeri per cercare di rilanciare un settore di grande valenza socio-sanitaria ma anche economica per il nostro Paese. Una particolare riflessione va fatta per il settore odontotecnico che più degli altri risente di questa grave crisi, per via del virtuoso successo in termini di salute orale attribuibile alla prevenzione, ma anche per i costi legati alla complessità di questo tipo di riabilitazioni.

Più in generale, è auspicabile un'azione sia del settore ma anche di Governo per la promozione del "made in Italy" odontoiatrico - il migliore in assoluto - rispetto all'aggressiva azione di produttori sia di manufatti protesici che di beni strumentali provenienti da Cina, India e Paesi extraeuropei, sia rispetto al negativo fenomeno del "turismo odontoiatrico" (per fortuna in diminuzione). Questi aspetti il comparto vuole palesare ai ministeri competenti, sottolineando come l'odontoiatria privata, e in particolar modo Andi, si è comunque sempre data disponibile - vedasi l'Accordo sull'odontoiatria sociale - a collaborare per trovare soluzioni che sopperiscano la sofferenza dell'offerta pubblica rispetto ai bisogni della cittadinanza.

Due ultimi nuovi fattori sono importanti per il futuro professionale. Il primo riguarda la riforma previdenziale che, per soddisfare la necessità dell'equilibrio a cinquanta anni dell'Enpam, porterà a un ulteriore forte aggravio nelle uscite degli studi monoprofessionali, mettendo in discussione l'attualità di un modello sempre meno sostenibile per costi e carichi burocratici. Tutto ciò è poi da considerare anche rispetto alla nuova norma che prevede la costituzione di Società tra professionisti con l'ingresso anche di soci di capitale. Quest'ultima soluzione potrebbe favorire l'imporsi di un esercizio professionale, magari fiscalmente più vantaggioso, ma che porterebbe il dentista a essere "dipendente" della stessa, distraendo i propri contributi previdenziali verso altri enti.

Un altro aspetto che desta interesse è la decisione della Regione Lombardia di segnalare a tutti i pazienti che usufruiscono di cure o accertamenti da parte del Ssn, il costo sostenuto dal servizio pubblico. Una svolta culturale sempre auspicata da Andi anche per dimostrare che l'odontoiatria è una

disciplina costosa allo stesso modo di tutte le altre branche della medicina. È questo un passo che potrebbe poi portare a introdurre benefici fiscali a tutti quei cittadini che dimostrassero in modo tangibile di contribuire a un abbattimento della spesa sanitaria del nostro Paese, soprattutto facendo leva sul momento preventivo.

**Gianfranco Prada**  
*Presidente nazionale*

**Roberto Callioni**  
*Coordinatore Servizio studi  
Associazione nazionale  
dentisti italiani*

**100%**  
**Made in Italy**



### REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:

**CAVINI SALVATORE (CNA Imola)**

Tel. 0542 632611

**CUCCARO DARIO (CNA Rimini)**

Tel. 0541 787967

**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'APPROFONDIMENTO

# OCCHIALI CORRETTIVI IN AMBIENTE DI LAVORO

### Cenni legislativi

La storia dei Dispositivi Speciali di Correzione (DSC) inizia con l'Art. 55 Comma 5 del D.Lgs 626/94:

"5. La spesa relativa alla dotazione di dispositivi speciali di correzione in funzione dell'attività svolta è a carico del datore di lavoro", poi modificato dalla Legge 3 febbraio 2003, n. 14 (Finanziaria 2002):

"5. Il datore di lavoro fornisce, a sue spese, ai lavoratori i dispositivi speciali di correzione, in funzione dell'attività svolta, qualora i risultati degli esami di cui ai commi 1, 3-ter e 4 ne evidenzino la necessità e non sia possibile utilizzare i dispositivi normali di correzione".

Nel frattempo la Circolare del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale 30 Marzo 1998 n. 30 (G.U. n.83 del 9/4/98) chiariva che "con la locuzione "dispositivi speciali di correzione", di cui all' art. 55, comma 5, del d.l.vo. n. 626/94, si devono intendere quei particolari dispositivi che consentono di eseguire in buone condizioni il lavoro al videoterminale quando si rivelino non adatti i dispositivi normali di correzione, cioè quelli usati dal lavoratore nella vita quotidiana. Ne deriva che, nell'ipotesi in cui il "dispositivo speciale di correzione" sia integrato nel normale dispositivo di correzione, il datore di lavoro è tenuto a pagare il solo costo relativo alla correzione speciale".

Cita i "dispositivi speciali di correzione" anche la Corte di Giustizia delle Comunità Europee - Sezione Sesta Sentenza 24 ottobre 2002 Inadempimento di uno Stato -Art. 9, n. 3, della direttiva 90/270/CEE - Protezione degli occhi e della vista dei lavoratori - Dispositivi speciali di correzione in funzione dell'attività svolta - Trasposizione incompleta: 28. Riguardo all'argomento del governo italiano secondo cui l'art. 55 del decreto legislativo n. 626/94 deve essere interpretato in correlazione con gli artt. 41 e segg. dello stesso decreto, è sufficiente constatare che i "dispositivi speciali di correzione", previsti all'art. 9, n. 3, della direttiva 90/270, riguardano la correzione di danni già esistenti, mentre i «dispositivi di protezione individuale», contemplati da tali articoli, sono diretti a preveni-

re tali danni.

Infine viene pubblicato l'articolo 176, comma 6 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i., che ribadisce il contenuto dell'art.55.5 D.Lgs. 626/94 e s.m.i.: "Il datore di lavoro fornisce a sue spese ai lavoratori i dispositivi speciali di correzione visiva, in funzione dell'attività svolta, quando l'esito delle visite di cui ai commi 1, 3 e 4 ne evidenzino la necessità e non sia possibile utilizzare i dispositivi normali di correzione".

### Considerazioni

La vigente disposizione di Legge non fornisce "indicazioni operative" precise. Per questo motivo vengono formulate periodicamente interpretazioni non univoche in merito alle finalità, la prescrivibilità ed i rimborsi dei Dispositivi Speciali di Correzione (DSC).

Per alcuni gli occhiali utilizzati al video terminale, in caso di presbiopia, astigmatismo avanzato o ipermetropia, sono da considerare DSC poiché relativi alla medio-breve distanza, per altri l'occhiale, quale "Dispositivo Speciale", va prescritto e perciò rimborsato poiché garantisce la piena correzione in visione intermedia (la distanza fra occhi e videoterminale, circa 60-80 cm.), mentre, per altri ancora, il rimborso è limitato alle lenti e la prescrizione limitata ai casi in cui l'occhiale di uso quotidiano non garantisce una adeguata acuità visiva nell'utilizzo del videoterminale.

Innanzitutto l'art. 176.6 afferma chiaramente che non tutte le lenti (o occhiali) utilizzate specificamente per il videoterminale possono identificarsi nei DSC, dovendo essere individuati come tali dal medico competente, attraverso l'accertata impossibilità all'utilizzo dei "dispositivi normali", vale a dire di eventuali lenti/occhiali nella disponibilità personale del lavoratore.

In altre parole i Dispositivi Speciali di Correzione si caratterizzano per un "uso esclusivo durante l'attività lavorativa" e si configurano come strumento per cui "il lavoratore non potrebbe lavorare senza" (Meroni et Al., 2010).

L'INAIL ricorda (I protocolli di sorveglianza sanitaria, 2010) che il DSC si rende necessario per le attività al vide-

otermiale laddove la correzione utilizzata nella vita extraprofessionale del soggetto non sia adatta, non riuscendo a compensare il difetto visivo lamentato, ma esclude la possibilità che lenti parzialmente o totalmente colorate, per correggere problemi di illuminazione e riflessi sullo schermo, possano rientrare nel caso dei Dispositivi Speciali di Correzione.

A questo punto diventa utile entrare nei particolari della "visita" che può decretare la necessità dei DSC, attraverso i parametri forniti dalla letteratura scientifica che accertano le caratteristiche di una adeguata correzione finalizzata al miglior confort visivo.

Romano et Al. (Linee Guida SIMLII, 2003) raccomandano una correzione che porti ad un visus di almeno 7/10 per lontano e il DW per vicino, per ciascuno occhio, ritenendo non indispensabile la cosiddetta visione intermedia.

Nel caso delle Linee Guida INAIL sui protocolli sanitari (2010) è previsto il controllo visivo anche alla di stanza di 60-80 cm, ma non viene definito il "visus minimo" di riferimento come accertato per le altre distanze.

Meroni et Al. (2010) citano alcuni "casi limite", per i quali si potrebbero concretizzare situazioni che richiedono l'utilizzo di DSC, come ipermetropia o astigmatismo lieve oppure presbiopia, forse ipotizzando una ricaduta sul comfort visivo anche in visione intermedia, oppure comprendendo nel criterio formulato dall'art.176.6 ("in funzione dell'attività svolta"), anche operazioni di lettura di documenti o visione della tastiera, perciò a breve distanza.

In ogni caso l'interpretazione appare proprio "al limite" e perciò piuttosto "estensiva". Le situazioni descritte, pur se associate ad eventuale astenopia significativa, sembrano maggiormente legate ad una carente attenzione verso la correzione del proprio visus in comuni attività "quotidiane" (lettura a 30-40 cm., per esempio), piuttosto che a casi richiedenti una vera correzione "speciale", tale da configurare la prescrizione di un DSC.

A questo proposito si ricorda che il 20-30 % della popolazione presenta difetti alla vista non corretti affatto o in modo



## SEGUE L'APPROFONDIMENTO



insufficiente (INAIL, Il lavoro al video terminale, 2010).

L'utilizzo quotidiano di un occhiale "multifocale" (lente progressiva che permette di mettere a fuoco a diversa distanza), a causa di presbiopia spesso concomitante con difetti di refrazione, potrebbe "in linea teorica" determinare la prescrizione di una correzione dedicata, limitatamente alla porzione di lente destinata a fissare lo schermo, se si evidenziasse uno scadente compenso con l'uso del Dispositivo Normale di Correzione (DNC). Tuttavia la correzione "in funzione dell'attività svolta" è dedicata alla visione del monitor e per ciò appare estranea al concetto di Dispositivo Speciale di Correzione una lente progressiva mirata a molteplici distanze. Inoltre nella pratica quotidiana si può riscontrare l'uso inefficace di occhiali multifocali, causato da lenti non adeguatamente graduate, posture scorrette di fronte al videoterminale, oppure postazioni di lavoro da riorganizzare ergonomicamente (I protocolli di sorveglianza sanitaria, 2010).

Inoltre con la lente multifocale diventerebbe sostanzialmente impraticabile la quantificazione del rimborso, dovendo il Datore di lavoro pagare "il solo costo relativo alla correzione speciale" (la parte di lente dedicata alla visione dello schermo), integrata nel "normale dispositivo" (Circolare del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale 30 Marzo 1998 n. 30). Perciò, sia concettualmente che operativamente, l'eventuale individuazione di un DSC si traduce nella prescrizione di una lente monofocale mirata alla correzione sulla media distanza.

Un esempio pratico si concretizza nel caso di attività domestica con il computer portatile di un operatore ultracinquante, che adopera proprie lenti multifocali (DNC) con beneficio. Lo stesso occhiale non è adeguato, procurando evidente discomfort oculo visivo (e l' o muscolo- scheletrico cervicale nella ricerca della migliore correzione con movimenti del collo), nell'utilizzo, magari recente, di videoterminale di ben altra dimensione e perciò maggiore distanza, oltre che maggior impegno, in ambito lavorativo.

In questo caso l'individuazione da parte

dell'oculista di una lente monofocale, diversa anche da eventuale altro occhiale in uso all'operatore (generalmente per breve distanza), efficace per la distanza di utilizzo del videoterminale in ufficio, porta alla corretta formulazione del giudizio di idoneità con prescrizione di DSC da parte del medico competente.

Una metodologia utile, per monitorare affaticamenti o discomfort oculo visivi, consiste nella valutazione della "astenopia significativa" (soglia determinata soggettivamente con la comparsa di "due disturbi almeno tre volte alla settimana per un ora"), con riferimento alla definizione di Apostoli et Al. (1998), modificata eliminando la "presenza di almeno un segno obiettivo correlato ai sintomi" (Santucci, 2009).

Il parametro "astenopia significativa", proprio perché misura tipicamente soggettiva, può evidenziare disturbi significativi correlati all'inadeguata correzione dell'operatore, senza incorrere in una sottovalutazione del dato, confermando così la necessità di prescrizione di un DSC.

### Conclusioni

Il lavoratore dotato di occhiali o lenti "proprie" che utilizza nella vita extra-professionale (per leggere, vedere la televisione, andare al cinema, praticare hobby e sports, o usare eventualmente un computer personale), può utilizzare la stessa correzione, se adeguata all'attività professionale specifica e previo verifica del medico competente, nell'ambito di un giudizio di idoneità specifica al lavoro "senza prescrizione" ai sensi dell'art. 176 D.Lgs. 81/2008.

Qualora l'appropriata correzione dell'occhiale "personale" (Dispositivo Normale di Correzione) si riveli inadeguata all'attività professionale, anche con il riscontro di "astenopia significativa", nonostante le verifiche del caso e l'eventuale riorganizzazione ergonomica del posto di lavoro, evidenziando la necessità di una correzione "dedicata" all'attività professionale al videoterminale, verrà consigliato, a cura dello specialista oftalmologo ed in occasione dell'accertamento di secondo livello (prescritto dal medico competente ai sensi di art. 39.5 D.Lgs. 81/2008), un occhiale (o più raramente lenti) che

potrà assumere le caratteristiche del "Dispositivo Speciale di Correzione".

Il medico competente, verificato l'uso esclusivo e indispensabile delle lenti, con riferimento alla visione intermedia e in funzione dell'attività svolta, formulerà il relativo giudizio di idoneità ai sensi di art. 176.6, b D.Lgs. 81 /08 e s.m.i., che prevede l'utilizzo del Dispositivo Speciale di Correzione. Il DSC, fornito a spese del datore di lavoro, dovrà assumere per logica carattere di obbligatorietà, paragonabile all'uso di un Dispositivo di Protezione Individuale (INAIL, Protocolli di sorveglianza sanitaria, 2010).

Per Dispositivo Speciale di Correzione visiva si intende l'occhiale, completo di lenti e montatura, fornito a cura e a spese del datore di Lavoro, analogamente a quanto accade con l'adozione di Dispositivi di Protezione Individuale. Non rientrano generalmente nella dotazione dell'occhiale eventuali "accessori", quali, per esempio, trattamenti antiriflesso o colorazioni delle lenti che non hanno provato la loro efficacia, o comunque non appaiono necessari agli scopi di tale prescrizione (I protocolli di sorveglianza sanitaria, 2010).

Con riferimento alla letteratura scientifica reperita e all'esperienza diretta sul campo viene proposta una flow chart "utile" all'accertamento della prescrivibilità del DSC.

### Bibliografia

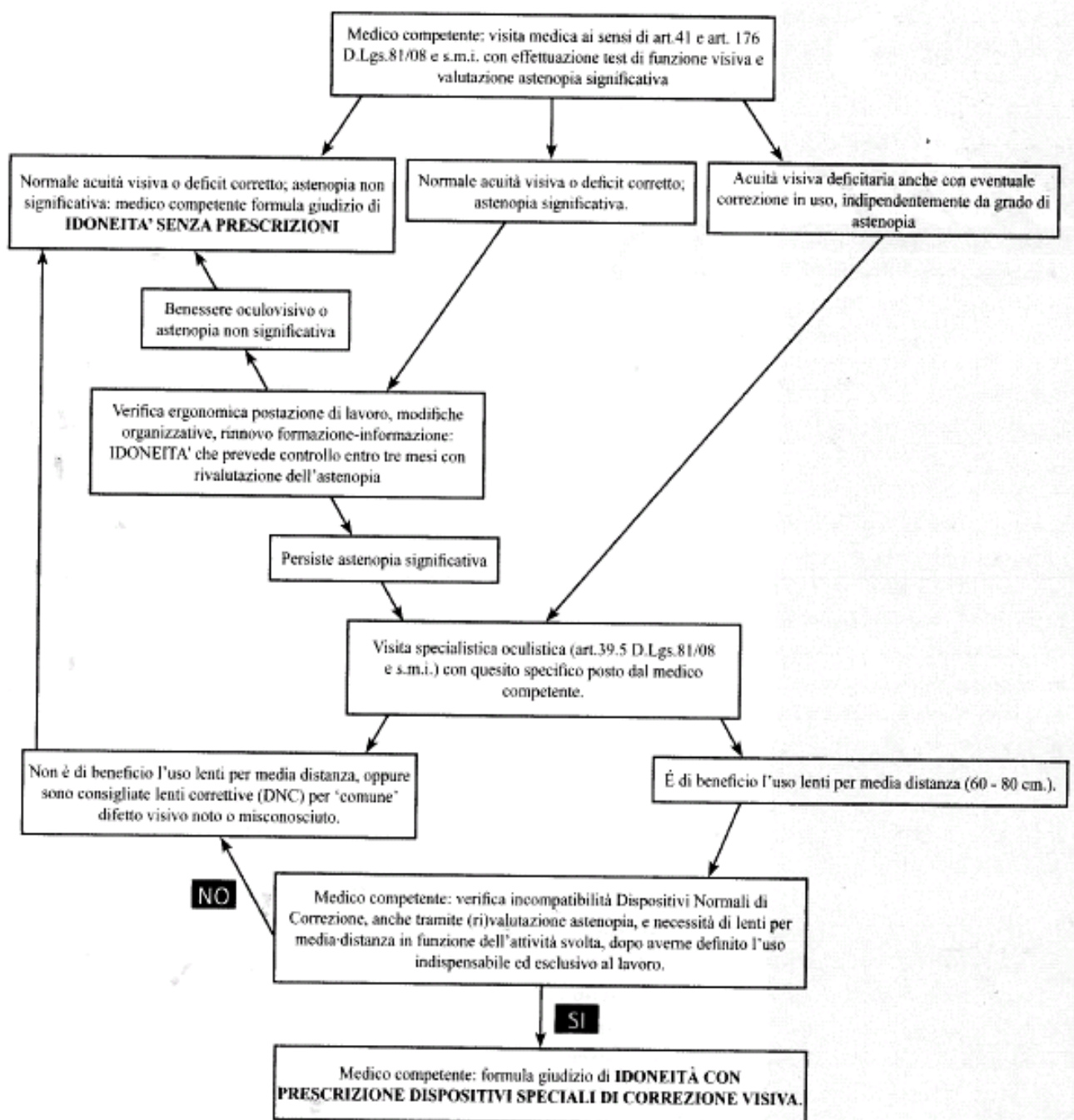
- Apostoli P., Bergamaschi A., Muzi G., Piccoli B., Romano C.: Funzione visiva ed idoneità al lavoro. Atti 61° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Chianciano, Folia Med, 69 ( I): 13-34 (1998) .
- INAIL, Il lavoro al videoterminale, 2010 .
- INAIL, I protocolli di sorveglianza sanitaria nelle strutture INAIL, 2010.
- Meroni M., Petri A., U.O. CEMOC, EPM Unità di Ricerca, Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena Milano, 2010.
- Romano C., Piccoli B., Bergamaschi A., Di Bari A., Gullino T., Iacovone T., Muzi G., Troiano P., Apostoli P., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività con videotermini, PIME Editrice srl, 2003.
- Santucci P., Il videoterminale e il D.Lgs. 81/08, Monografia ANMA, 2009.

**SEGUE L'APPROFONDIMENTO**

(Continua da pagina 7)



**PROPOSTA DI FLUSSO PER ACCERTAMENTI MIRATI A  
PRESCRIZIONE DISPOSITIVI SPECIALI DI CORREZIONE VISIVA  
(art. 176 comma 6 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)**







## L'EXPORT CONFERMA GLI OCCHIALI COME SIMBOLO DEL MADE IN ITALY

**IN UN ANNO DIFFICILE COME IL 2011 LA PRODUZIONE E' CRESCIUTA GRAZIE AGLI ORDINI CHE ARRIVANO DALL'ESTERO: PERCENTUALI A DUE CIFRE.**

**L'EUROPA RESTA IL PRIMO MERCATO MA LE PREVISIONI PER IL FUTURO INDICANO UN CALO DELLA DOMANDA**

Luigi Dell'Olio

Milano – A guardare il bicchiere mezzo pieno, va sottolineata la crescita della produzione in un anno non certo brillante per l'economia in generale come il 2011. A guardarlo mezzo vuoto, c'è la conferma delle incognite sul futuro di breve e medio periodo. È una situazione a due facce quella che caratterizza il mercato dell'occhialeria, da sempre uno dei settori simbolo del made in Italy nel mondo. Un comparto in cui negli anni si sono formati campioni nazionali capaci di affermarsi su tutti le aree e i segmenti di mercato, ma che ora si trova a fare i conti con le debolezze della congiuntura economica. Chiamando, quindi, gli operatori a reinventarsi per restare al top. Secondo uno studio di Anfao (l'Associazione Nazionale Fabbricanti Articoli Ottici—riunisce la maggior parte delle aziende italiane del comparto), nel 2011 gli occhiali prodotti nella Penisola hanno raggiunto un valore di 2.650 milioni di euro, con un aumento del 8,2% rispetto all'anno precedente. Il merito è stato soprattutto dell'export, che ha continuato a crescere a due cifre percentuali per tutta la prima parte dell'anno, a fronte di un mercato interno che è rimasto stabile nei valori. Nel frattempo è rimasta sostanzialmente stabile la forza lavoro, composta da 16 mila addetti a tempo indeterminato e un altro migliaio a termine, distribuiti in 900 aziende. Al di là del dato generale, tuttavia, va sottolineato il differente andamento in base alle dimensioni delle imprese, con le piccole realtà artigiane in maggiore sofferenza nel reagire alle turbolenze dei mercati e alla stretta del credito, un trend che ha caratterizzato anche altri comparti dell'economia italiana. La capacità delle aziende italiane di conquistare i Paesi a maggior tasso di crescita ha consentito alla bilancia commerciale del settore di un chiudere il

2011 largamente in attivo (1.644 milioni di euro), un dato superiore del 13,6% rispetto al 2010, che ha portato l'occhialeria a contribuire per quasi il 10% all'attivo commerciale del sistema moda made in Italy, dove pure in termini di produzione incide per una quota ben più contenuta, il 2,5%. Le esportazioni di montature, occhiali da sole e lenti, che rappresentano ormai circa il 90% della produzione del settore, sono cresciute del 10,9% rispetto al 2010 e hanno superato il livello massimo pre-crisi raggiunto nel 2007 di quasi sei punti percentuali. Si sono attestate nel 2011 a 2.451 milioni di euro, e l'andamento è stato caratterizzato da un incremento di entrambi i comparti principali del settore: in particolare, l'export degli occhiali da sole è aumentato del 12,7% rispetto al 2010, raggiungendo i 1.634 milioni di euro, mentre le montature vendute oltre confine hanno segnato una crescita dell'8,1%, raggiungendo i 761 milioni di euro. L'area di riferimento per le esportazioni si conferma essere l'Europa, con una quota di oltre il 50% del totale (richiesta molto forte dalla Germania e andamento positivo per la domanda proveniente da Francia e Spagna), mentre in termini relativi il dato migliore viene registrato dall'Asia, che segna una crescita del 18,4% nel confronto anno su anno, per un totale sulle esportazioni totali che arriva a sfiorare il 18%. Questi dati confermano il primato mondiale dell'Italia sul fronte delle esportazioni di occhiali da sole e montature: oltre il 27% di media, grazie soprattutto al 40% registrato dagli occhiali da sole (mentre l'incidenza delle montature arriva al 21%). Sugli altri due gradini del podio si confermano Cina e Hong Kong, che tuttavia nemmeno nel loro complesso, raggiungono il primato italiano. Guardando all'evoluzione dello scorso anno, emerge chiaramente un andamento differente tra il primo semestre (media

mensile +15%) e il secondo (media mensile +7%). Se l'export traina il comparto, il mercato interno lo frena. Lo scorso anno il progresso è stato limitato allo 0,4%, per un valore di

1.006 milioni di euro. Questo risultato è arrivato nonostante un incremento del 4% in termini di volume — sia nelle montature, che nel sole —, in quanto un numero crescente di consumatori si è spostato dai marchi del lusso a quelli più accessibili. Stagnante il mercato delle lenti oftalmiche che chiude il 2011 con un sell-in leggermente negativo nei volumi (circa un punto percentuale in meno rispetto al 2010) e sostanzialmente stabile nei valori. Quanto al prossimo futuro, le previsioni sono improntate all'incertezza, dopo che già il quarto trimestre del 2011 ha dato diversi segnali di peggioramento della situazione. Anfao ha effettuato con Prometeia un'analisi previsionale sul settore da cui emerge un indebolimento della domanda mondiale di occhialeria nel 2012 e

nel 2013. Le maggiori opportunità di crescita saranno concentrate in Europa Orientale, Asia e America Latina, mentre le tradizionali mete dell'export italiano (Europa Occidentale e Naf-ta) risulteranno tra le più colpite dalla decele-

razione della domanda, in linea con quelli che sono i trend macroeconomici. Una prospettiva che richiederà alle imprese italiane un cambio di passo e nuove modalità di approccio ai mercati a cominciare da maggiori investimenti nelle economie emergenti.





L'accordo quadro per i rapporti tra Regioni e Istituto amplia le prestazioni oltre quelle Ssn

## INAIL, RIABILITAZIONE INTEGRATIVA

*Accordi ad hoc per l'assistenza extra Lea in linea con Piano sanitario regionale*

Convenzioni Regioni-Inail per l'erogazione agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici - senza spese però per le amministrazioni locali e oneri a carico dell'istituto - delle prime cure ambulatoriali e dei relativi accertamenti diagnostici e prestazioni specialistiche e delle prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, anche residenziali. Ma anche l'eventualità di forme di assistenza integrativa rispetto a quella concessa dal Ssn, grazie ad accordi su misura con le singole Regioni.

Questo l'oggetto dell'accordo-quadro Regioni- Inail approvato dalla Stato-Regioni della scorsa settimana che oltre a fissare gli ambiti già noti della collaborazione con l'Istituto, ha precisato tutti gli ambiti in cui l'Inail può intervenire dal punto di vista sanitario e ha messo in campo una ulteriore linea di azione che l'Inail potrebbe sviluppare dopo l'intesa con la Regione: la possibilità di utilizzare servizi pubblici o privati per

erogare agli infortunati sul lavoro prestazioni sanitarie integrative rispetto a quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale.

In base all'accordo, l'erogazione delle prestazioni da parte dell'Inail nelle strutture già attivate e in quelle che l'Istituto intende attivare coerentemente con il Piano sanitario regionale, è subordinata al rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento. E l'Inail, sempre d'intesa con la Regione, potrà anche erogare le prestazioni integrative necessarie «al recupero

dell'integrità psicofisica dei lavoratori infortunati o tecnopatici, anche ai fini del loro reinserimento sociolavorativo». Ma l'accordo non si ferma qui. Regioni e Inail possono anche stipulare protocolli d'intesa per l'attivazione di forme stabili di collaborazione in una serie di ambiti:

- a) collaborazione a progetti di ricerca scientifica e tecnologica in ambito protesico, della riabilitazione e del reinserimento socio-lavorativo;
- b) collaborazione a percorsi di reinserimento sociale e lavorativo;

- c) collaborazione a iniziative di promozione della pratica sportiva a livello agonistico e amatoriale per le persone con disabilità;
- d) collaborazione a iniziative di comunicazione sulle tematiche della disabilità;
- e) collaborazione a progetti formativi in ambito protesico, riabilitativo e di reinserimento sociale e lavorativo.

L'accordo-quadro indica anche una serie di previsioni che dovranno essere contenute nell'intesa Regione- Inail come l'individuazione delle strutture o dei servizi pubblici o privati utilizzati, quella delle attività da svolgere in comune con il Ssn, i contenuti e le modalità di gestione dei flussi informativi, la durata (di norma triennale) rinnovabile dell'accordo.

Da definire in questo ambito anche le modalità di raccordo tra strutture del Ssn e Inail per l'«avvio tempestivo» dell'infortunato sul lavoro e del tecnopatico a «un efficace e appropriato percorso terapeutico e riabilitativo», l'utilizzo del personale dei servizi utilizzati e le modalità di regolazione dei rapporti economici eventualmente stabiliti tra Ssn e Inail.

**P.D.B.**

### Cinque ambiti di collaborazione



## RIMBORSI A PRIVATI NON ACCREDITATI: IL DG "PAGA"

Determina danno erariale il pagamento, da parte di una Asl, delle prestazioni rese all'utenza da una struttura privata non accreditata con il Ssn. Questo il principio affermato dalla Sezione giurisdizionale della Corte dei conti per il Friuli-Venezia Giulia con la **sentenza n. 205** del 19 ottobre 2011. Nella fattispecie, un poliambulatorio non accreditato aveva rilasciato per anni certificazioni di idoneità alla pratica sportiva, ottenendo dalla Asl il rimborso periodico delle fatture emesse. I giudici contabili hanno condannato il direttore generale, che aveva permesso il rimborso, a risarcire l'amministrazione del relativo importo.

La sentenza riveste particolare interesse nella parte in cui si sofferma su natura e funzione dell'accreditamento (art.

8-*quater*, Dlgs 502/1992). Finalizzato, si sostiene, a creare le migliori condizioni concorrenziali tra strutture pubbliche e private per tutelare al meglio il diritto alla salute dei cittadini. Proprio l'obiettivo di garantire prestazioni di elevata professionalità agli utenti che optano per il privato spiega l'interesse dell'amministrazione a verificare il mantenimento del livello delle dotazioni delle strutture accreditate; le quali, a loro volta, conseguono il valore aggiunto del riconoscimento della loro efficienza e competenza.

Nella vicenda, il mancato esperimento della procedura di accreditamento aveva precluso il riscontro, in capo all'ambulatorio interessato, dei necessari requisiti, tanto che nel corso delle indagini la struttura era risultata priva

dell'autorizzazione all'esercizio. I giudici non hanno dunque esitato a concludere che l'erogazione del rimborso aveva costituito un «grave sperpero di pubbliche risorse», atteso che la struttura beneficiaria «operava al di fuori dei minimi standards sanitari e (...) non aveva alcun titolo per ottenere dette restituzioni». Sotto il profilo soggettivo, la Sezione ha ravvisato la colpa grave del Dg perché non si era curato di verificare l'(in)esistenza dell'accreditamento e di sospendere l'erogazione dei rimborsi.

**Arturo Iadecola**



n. 5 del 7 febbraio 2012



n. 5 del 7 febbraio 2012



## PATTO SALUTE, IPOTESI TICKET PER PROTESI E AUSILI DIABETICI

DoctorNews33  
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

Taglio alla spesa farmaceutica per un miliardo di euro e introduzione di ticket sull'erogazione di protesi, ausili per diabetici, alimenti per celiaci, pur in relazione alla fascia Isee. Queste alcune delle ipotesi contenute nella bozza di documento per il Patto sulla salute messo a punto dai tecnici delle Regioni. La proposta è quella di modulare i tetti della farmaceutica in modo tale che il ripiano di un miliardo sia ripartito per 2/3 sulla spesa territoriale e per 1/3 sulla spesa ospedaliera. La bozza non piace al sindacato dei medici dirigenti Anao-Assomed, soprattutto in relazione al metodo di lavoro.

«Abbiamo chiesto più volte al ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, e al Presidente della Conferenza delle regioni, **Vasco Errani**, di essere ricevuti e ascoltati poiché è singolare concordare un nuovo Patto per la salute senza interpellare i medici, parte fondamentale del sistema e della soluzione». Preoccupazione anche dall'Associazione italiana celiachia: quella allo studio, si legge in una nota, «è una misura grave e inaccettabile, che mette a rischio la tutela della salute di oltre 120.000 celiaci.

L'esenzione sull'acquisto di prodotti senza glutine è in vigore dal 1982, perché la dieta è l'unica cura per questa

malattia cronica e i prodotti senza glutine sono quindi una sorta di farmaco salva-vita. D'altra parte, 1 kg di pasta di frumento costa poco più di un euro, mentre 1 kg di pasta per celiaci costa quasi 11 euro».

Sulla bozza del Patto per la salute è intervenuta anche l'Aiop, in occasione di uno degli incontri istituzionali con il sottosegretario alla Salute, **Adelfio Elio Cardinale**, lanciando una proposta che passi per trasparenza dei bilanci per Asl e ospedali pubblici, separazione tra gestori e controllori, introduzione dei pagamenti a prestazione anche nelle strutture pubbliche.



## LINEE GUIDA DEL GARANTE SUI SITI WEB DEDICATI ALLA SALUTE

CNA **interpreta** srl  
analisi applicata della normativa

La Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 2012 pubblica il provvedimento del Garante "Linee guida in tema di trattamento di dati personali per finalità di pubblicazione e diffusione nei siti web esclusivamente dedicati alla salute - 25 gennaio 2012". Al provvedimento il Garante è stato indotto dalla constatazione della sempre maggiore partecipazione degli utenti ai siti web dedicati alla salute (specifici forum, blog, sezioni di portali, social network).

La preoccupazione del Garante è stata quella di possibile utilizzo illecito delle informazioni, spesso di natura sensibile. Col provvedimento, rivolto ai gestori di tali siti, il Garante mira a diffondere raccomandazioni volte a prevenire i rischi e a permettere una partecipazione più consapevole da parte degli utenti. Gli adempimenti che il provvedimento detta ai gestori sono differenziati a seconda che nei siti sia prevista o non la registrazione degli utenti.

### Siti che prevedono la registrazione dell'utente

In questi siti il gestore, in quanto titolare del trattamento dei dati di registrazione, deve provvedere a fornire l'informativa e la specifica informazione di rischio.

### **Informativa (art. 13 del Codice della privacy)**

Va fornita prima della compilazione del modulo di raccolta dei dati (form) e

deve essere consultabile sempre in apposita pagina del sito; deve specificare quali dati sono necessari e quali sono facoltativi; deve indicare: le finalità per le quali i dati sono raccolti; le modalità con le quali sono trattati; i tempi della loro conservazione; i diritti di cui all'art. 7 (accesso); deve invitare l'utente a confermare di aver presa visione dell'informativa apponendo un segno di spunta su apposita casella.

### **Specificava avvertenza di rischio**

Tale avvertenza mira a fornire all'utente valide indicazioni a tutela della sua riservatezza sia nella fase di registrazione che in quella successiva di inserimento di contenuti nello spazio web:

a) rispetto ai dati di registrazione, deve specificare: la possibilità di mantenere l'anonimato utilizzando un nickname (pseudonimo) che non consenta di risalire all'utente; che i dati di registrazione non vengano automaticamente pubblicati sul sito unitamente ai commenti dell'utente;

b) rispetto ai dati immessi dall'utente, deve: invitare a valutare l'opportunità di inserire dati (es.: e-mail) che possano far risalire alla propria identità o di pubblicare foto o video che rendano identificabili luoghi o persone, o inserire i dati che possano rilevare l'identità di terzi; specificare l'ambito di conoscibilità dei dati immessi (solo degli iscritti al sito; da qualunque utente che vi acceda) e siano reperibili o meno da motori di ricerca (Google, Yahoo, etc.); invitare

l'utente a confermare la presa visione dell'avvertenza con un segno di spunta su apposita casella.

### **Esercizio dei diritti**

Nei confronti del gestore l'utente può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice della privacy; in particolare, può chiedere la cancellazione dei dati forniti al gestore, se non intende più partecipare all'attività del sito.

### **Misure di sicurezza**

Vengono garantite (per i dati che il gestore ha richiesto) le misure previste dall'art. 31 e ss. del Codice, dell'Allegato B e dal Provvedimento 27 novembre 2008 sugli Amministratori di sistema.

### **Siti che non prevedono la registrazione dell'utente**

Non è richiesta l'informativa in quanto non vi è il trattamento dei dati richiesti nei siti che prevedono le registrazioni.

Data la delicatezza dei dati che normalmente vengono inseriti il Garante dispone però che la "specifica avvertenza di rischi", sopra indicata, sia interamente riportata in spazi dei siti (eventualmente richiamata da una immagine inserita nella home page del sito).



## ECCO L'ASSICURAZIONE CHE CURA

n. 1 del 10 gennaio 2012

LA  
**Sanità**

## PROTESI&C, COPAYMENT DIETRO L'ANGOLO

n. 4 del 31 gennaio 2012

### Primo centro a tariffe light a Bologna - Altre 7-8 aperture in un biennio

Da assicuratore a erogatore di servizi sanitari in un colpo solo. A tentare il triplo salto mortale è stato nelle settimane scorse il gruppo assicurativo Unipol attraverso Unisalute, prima compagnia in Italia a occuparsi esclusivamente di assicurazione salute.

Dotata di oltre 2,4 milioni di clienti e prima nella gestione dei Fondi nazionali di categoria assicurati e delle Casse professionali, con una raccolta premi 2010 da 182 milioni e un utile di esercizio di 9,184 milioni, Unisalute rappresenta da pochi giorni anche il primo esempio in assoluto in Italia di integrazione a valle di una compagnia assicurativa nel ramo Sanità grazie all'apertura del proprio primo centro medico inaugurato a Bologna il 26 novembre.

La struttura - un ambulatorio polispecialistico aperto a tutti i cittadini e dotata di un punto prelievi, studi di odontoiatria, un centro di fisioterapia e riabilitazione, un'area diagnostica ecografica e ambulatori medici per le visite specialistiche (angiologia, cardiologia, chirurgia generale, chirurgia maxillo-facciale, dermatologia, fisioterapia, ginecologia e ostetricia, neurologia, oculistica e ortopedia) - rappresenta la prima pietra di un network che prevede l'apertura di altri 7-8 centri tra Roma e Milano nei prossimi due anni, tutti caratterizzati dal medesimo obiettivo: offrire servizi di qualità a prezzi contenuti e concorrenziali garantendo al paziente un approccio clinico interdisciplinare per individuare i percorsi di cura diagnostici e terapeutici più appropriati ed efficaci.

Le visite specialistiche costano 80 euro, un'ecografia tra i 40 e gli 80 euro, men-

tre il tariffario odontoiatrico risulta fino al 30% più basso di quello medio del mercato di Bologna. Convenienza - spiegano da Unisalute - che può aumentare grazie a convenzioni con assicurazioni, associazioni, aziende.

Il Centro medico di Bologna agirà da "sensore" sul territorio e permetterà a Unisalute di comprendere le dinamiche e le esigenze della clientela e, di conseguenza, adattare e modificare l'offerta adeguando le assicurazioni sanitarie alle richieste del mercato. Già oggi Unisalute conta alcune decine di medici specialisti tra i suoi dipendenti e opera attraverso una rete di oltre 6.800 strutture convenzionate presso le quali gli assicurati possono usufruire di prestazioni sanitarie di qualità con ridotti tempi di attesa e con il pagamento della prestazione da parte della società. Nel modello di business perseguito dalla compagnia, l'integrazione a valle consentirà di intercettare una fascia molto più ampia di mercato composta anche di cittadini che non possiedono polizze assicurative e, di conseguenza, esplorare un nuovo potenziale mercato con ampi margini di crescita (le polizze salute rappresentano solo il 3,7% della spesa sanitaria privata). Ma si promettono vantaggi anche per il paziente: grazie alla propria massa critica (7,5% di quota di mercato nazionale in termini di raccolta diretta e 40% di quota di mercato sui singoli cittadini assicurati) derivante dalla stipula di polizze collettive e fondi integrativi - fanno sapere da Unipol - Unisalute è in condizione di esercitare un forte potere contrattuale nei confronti dei fornitori di Sanità e di poter coniugare in questo modo l'offerta di prezzi contenuti e concorrenziali con un elevato livello di qualità e di efficienza.

S.Tod.

Dispositivi medici per la prima volta alle prese con un tetto di spesa che la manovra fissa al 5,2% del Fsn a partire dal 2013, con sfondamento totalmente a carico delle Regioni, che ovviamente troverebbero "vantaggiosa" la condivisione con le imprese.

Intanto per le Regioni le priorità sono la definizione dei prezzi di riferimento attivando l'Hta sotto la regia dell'Agenas; l'individuazione di categorie omogenee da parte della Cud; l'attivazione obbligatoria di registri informatizzati in ogni ospedale; l'attivazione/omogeneizzazione di flussi informativi ad hoc sulla protesica e sull'integrativa, con i dati del paziente e un'anagrafica unica dei prodotti.

Secondo i tecnici vanno previste forme di copayment per protesi, ausili per diabetici, alimenti per celiaci, in relazione alla fascia Isee e selezionando le aree in cui la totale gratuità favorisce il consumo improprio.

Nel mirino a esempio la protesica a maggior rischio di inappropriatazza (es. plantari), gli alimenti per celiaci (mettendo a carico del Ssn solo la differenza tra il prodotto normale e il prodotto specifico), l'ossigeno domiciliare la cui consegna - servizio non Lea - aumenta di molto i costi delle Asl (idem i pannoloni).



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)