



EMILIA ROMAGNA, PIÙ DI OTTO MESI PER PAGARE I FORNITORI

Certo non sono i quattro anni e sette mesi che l'Asl di Napoli 1 Centro impiega a saldare i propri debiti con i fornitori o i 925 giorni di media delle Asl calabresi, ma non può che destare sorpresa vedere l'Emilia Romagna, con i suoi 288 giorni - 8 mesi e mezzo - di ritardo, nel gruppo delle regioni peggiori e piazzata a una certa distanza dalle virtuose. Tanto che, in questa classifica stilata sulla base dei dati diffusi dal centro studi della Cgia, l'associazione artigiani e piccole imprese di Mestre, si colloca dopo la Sicilia e appena prima di Puglia (309 giorni) e Sardegna (312).

Di seguito il dettaglio dei ritardi più rilevanti:

- *Asl di Forlì: quasi 17 mesi di tempo*

- *Policlinico di Modena: 480 giorni*
- *Asl di Bologna: 372 giorni*
- *Lombardia: tempo medio di 112 giorni*
- *Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige: tre mesi.*

Sicuramente le amministrazioni sono ben distanti dalla media nazionale, di 299 giorni, ma i risultati non sono abbastanza, visto che una recente direttiva europea fissa a 60 giorni il tempo massimo di pagamento dei fornitori esterni. E, al momento, a essere in linea con il limite stabilito dall'Unione Europea sono solo l'Ospedale Maggiore di Crema (46 giorni) e l'Asl di Mondovì (23).

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 10/01/2012



RISPOSTA DELL'ASSESSORE REGIONALE SANITA' ALL'INTERROGAZIONE UDC

Il ritardo nei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi da parte delle Aziende sanitarie regionali è dovuto prevalentemente al ritardo nel trasferimento alle Regioni delle risorse statali.

La rimessa ordinaria di cassa è condizionata:

- dal raggiungimento dell'Intesa sul riparto del FSN corrente. Fino al raggiungimento dell'Intesa fra le regioni sul riparto del FSN corrente dell'anno di riferimento, la rimessa mensile di cassa è percentualmente commisurata a quella dei due esercizi precedenti. Questo meccanismo determina una rimessa mensile di cassa non commisurata al finanziamento dell'anno di riferimento e quindi non allineata alla

programmazione sanitaria regionale ed al conseguente livello dei costi.

[...] A fine 2010 l'ammontare dei crediti della Regione Emilia-Romagna verso lo Stato era pari a circa 785 milioni; tali crediti nel corso del 2011 si sono progressivamente ridotti.

[...] A dicembre si registrerà un miglioramento dovuto alla erogazione straordinaria pari a 125,6 milioni disposta con DGR 1623/2011 del 7 novembre.

[...] Pertanto a decorrere dal 2012 la copertura degli ammortamenti non sterilizzati correnti, potrà consentire di ridurre l'esposizione debitoria delle Aziende sanitarie.

Bologna, 19 dicembre 2011

Sommario:

Emilia Romagna, più di otto mesi per pagare i fornitori	1
Risposta dell'Assessore regionale Sanità all'interrogazione UDC	1
Antitrust: togliere agli ordini la vigilanza sulla pubblicità degli iscritti	2
UE, tessera professionale per libera circolazione dei medici	2
Colpo di spugna sul DPS privacy	2
L'economista, mutualità in crescita in tempi di crisi	3
Slovacchia, medici in fuga come ai tempi della cortina di ferro	3
I viaggi del "sorriso", dal dentista all'estero	4
"ASO" braccio destro del dentista	4
Reato doloso per l'odontoiatra abusivo sedicente	4
CNA, trasformare il bisogno di servizi alla persona in opportunità di sviluppo economico	5
Norme armonizzate di interesse per il settore dei dispositivi medici	5
Organizzazione del lavoro sanitario e nuove competenze del fisioterapista	6
Bologna, l'ordine contro i medici che vanno su Groupon	8
Così si è stretta la morsa del consenso	9
E' lecito per un professionista fare pubblicità relativa allo sconto applicato agli onorari delle prestazioni erogate?	10
Se i massaggiatori fanno i fisioterapisti è giusto sequestrare l'intero centro	10
Niente carie e niente dolore	11
Esercizio abusivo della professione	11
Guardia di Finanza di Taranto sequestra materiale ottico	12
Anticontraffazione a Mido	12



ANTITRUST: TOGLIERE AGLI ORDINI LA VIGILANZA SULLA PUBBLICITÀ DEGLI ISCRITTI

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 10/01/2012

Gli Ordini professionali vanno privati di ogni potere di controllo sulla pubblicità effettuata dagli iscritti, perché in tema di comunicazione provvede già l'Antitrust a vigilare sulla correttezza e trasparenza dei messaggi promozionali. È quanto propone l'Autorità garante del mercato e della concorrenza nel parere inviato giovedì scorso a Governo e Parlamento in vista del via alla cosiddetta "fase 2", gli interventi sulle liberalizzazioni annunciati da Monti per rimettere in moto il paese. Quella effettuata dal Garante, **Giovanni Pitruzzella** (foto), è una ricognizione a tutto campo che spazia dai trasporti all'energia, dal commercio ai servizi locali, dalla distribuzione del farmaco alle libere professioni. E per quanto concerne gli ordini, l'Authority non solo ripropone l'abolizione di qualsiasi tariffario (compresi i casi per i quali la Manovra Berlusconi bis ancora ne autorizzava l'impiego) ma ipotizza anche un consistente ridimensionamento delle competenze ordinarie in materia disciplinare (mediante la separazione tra funzioni amministrative e giudicanti), in tema di formazione continua e soprattutto di vigilanza sulla

pubblicità. «Il controllo da parte degli ordini sulla correttezza dei messaggi pubblicitari diffusi dai professionisti» scrive Pitruzzella nel Parere «non trova alcuna giustificazione razionale nell'ambito del nostro ordinamento giuridico», anche perché già l'Antitrust «è competente a esercitare il controllo sulla correttezza, veridicità e non ingannevolezza dei messaggi pubblicitari». Non concorda con l'Authority il presidente della Fnomceo, **Amedeo Bianco**. «Se così sarà» spiega a Doctornews «avremo bisogno di un secondo Antitrust che vigilasse sull'attività di cartello dell'attuale Antitrust. Scherzi a parte, il decreto Bersani del 2006 - che rimuoveva ogni limite alla comunicazione dei professionisti delegando agli ordini la verifica sulla trasparenza dei contenuti - aveva già modernizzato segnando un punto di equilibrio tra le esigenze del consumatore e le preoccupazioni del cittadino». L'Authority, è in sostanza il ragionamento del presidente della Fnomceo, continui a fare ciò per cui è stata creata: «Dubito che i suoi funzionari siano in grado di valutare la correttezza di un messaggio pubblicitario dai

contenuti medico-sanitari» aggiunge «e poi vorremmo che prima l'Autorità si concentrasse sul suo vero lavoro. Sono passati più di due mesi dall'invio della nostra segnalazione su Groupon, e ancora non ci hanno degnato di una risposta. Spiegassero a noi e ai consumatori la trasparenza di offerte tanto distanti dai normali prezzi di mercato».

COLPO DI SPUGNA SUL DPS PRIVACY

Ma non sulle altre misure di sicurezza (dalle password al back up); questo l'effetto dell'abrogazione dell'obbligo di stesura del documento programmatico sulla sicurezza, disposta dal decreto semplificazioni, che comporta anche l'abolizione del reato di cui all'articolo 169 del codice della privacy e anche le sanzioni amministrative previste dall'art. 162, comma 2-bis, naturalmente nella parte che riguarda il documento stesso.

La redazione del documento programmatico sulla sicurezza, comunque, è solo una delle misure di sicurezza. Imprese, enti pubblici, professionisti e in genere chi tratta i dati devono rispettare le altre misure minime (dalla password al back up), per cui per questi obblighi rimangono applicabili anche le relative sanzioni. D'altra parte l'obbligo della sicurezza del trattamento dei dati è imposto dalla normativa comunitaria.

Va anche detto che l'obbligo del Dps comportava un necessario screening dell'organizzazione aziendale o dell'ente, da cui scaturiva un progetto di miglioramento di tutte le fasi del trattamento dei dati. Probabilmente la motivazione che ha spinto alla modifica può essere collegata ai costi per le imprese connesse alla redazione del Dps.

L'abolizione del Dps ha anche comportato l'abolizione dell'obbligo di riferire, nella relazione accompagnatoria del bilancio d'esercizio, se dovuta, dell'avvenuta redazione o aggiornamento del documento programmatico sulla sicurezza. Salta anche l'incombenza di mettere nero su bianco l'analisi dei rischi che incombono sui dati, le misure da adottare per garantire l'integrità e la disponibilità dei dati.



UE, TESSERA PROFESSIONALE PER LIBERA CIRCOLAZIONE DEI MEDICI

L'Unione europea si appresta a lanciare una tessera comunitaria che agevolerà la libera circolazione dei professionisti e le procedure di reciproco riconoscimento tra gli Stati membri. È una delle misure contenute nella proposta di revisione della direttiva 2005/36/CE sulle qualifiche professionali che il commissario al Mercato unico, Michel Barnier, ha presentato lunedì alla stampa. Il pacchetto di interventi, che si propone di superare le resistenze finora opposte da diversi paesi, mira a sfruttare ai fini della ripresa dell'eurozona il potenziale di crescita derivante dalla mobilità dei professionisti. Allo scopo, la proposta disegna un'ulteriore semplificazione delle regole per il reciproco riconoscimento delle qualifiche professionali. Perno centrale la tessera comunitaria che, appoggiata a una banca dati europea, certificherà il possesso dei requisiti evitando al professionista oneri amministrativi che oggi possono rivelarsi

spesso onerosi. Non solo: nella proposta verrà anche impartita una stretta alle barriere ancora oggi frapposte da alcuni stati alla circolazione delle professioni, con il pretesto di imperative esigenze di carattere pubblico. Una volta entrate in vigore le nuove misure (all'esame del Parlamento europeo entro il prossimo anno) gli Stati membri dovranno dimostrare che le restrizioni nazionali sono realmente giustificate e non comportano discriminazioni. Per quanto concerne la professione medica, la bozza di direttiva propina tra le altre cose autorizza gli stati membri a prevedere specifiche esenzioni dal possesso di determinate qualifiche per i medici già in possesso di una specializzazione che desiderano maturare una seconda specializzazione in un altro paese.

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 22/12/2011



L'ECONOMISTA, MUTUALITÀ IN CRESCITA IN TEMPI DI CRISI

In tempi di crisi economica la mutualità e le casse malattie reggono meglio, perché sono no profit, offrono una maggiore copertura di prestazioni sanitarie e hanno minori costi per le transazioni amministrative. A sostenerlo Grazia Labate, economista dell'università di York, al convegno «Profili normativi dell'assistenza sanitaria integrativa», organizzato a Milano dall'Università Statale. «Negli ultimi dieci anni» spiega «la mutualità è cresciuta molto nell'Unione europea, arrivando a offrire una copertura a 230 milioni di cittadini per 180 miliardi di euro di quote associative». Tuttavia in Italia la spesa privata per la sanità «grava principalmente sulle tasche dei cittadini e poco sui sistemi assicurativi o di intermediazione finanziaria». I dati della Corte dei Conti al consuntivo



del 2010 « ci dicono che la nostra spesa sanitaria pubblica ha toccato i 113 miliardi e quella privata 29 miliardi. Sulla base dei primi sei mesi del 2011, la Corte dei Conti prevede che si arriverà a fine anno a 114 miliardi di spesa pubblica e 30 miliardi di privata». Nei periodi di crisi, rimarca l'esperta, la spesa privata in Europa è cresciuta, e dal 1980 al 2007 l'incremento maggiore l'ha conosciuto la Svezia, seguita da Spagna, Polonia, Portogallo, Grecia e Svizzera. In base ai dati contenuti nel libro bianco dell'Ocse, gli Stati Uniti sono lo Stato che spende di più per la sanità (17,4% del Pil), mentre in Europa, dove la media è del 9,6%, i valori più alti li segnano Francia (11,8%), Germania (11,6%), Danimarca (11,5%), Svizzera (11,4%) e Austria (11%). L'Italia è in linea con la media Ue, con il suo 9,5%.

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 21/12/2011



SLOVACCHIA, MEDICI IN FUGA COME AI TEMPI DELLA CORTINA DI FERRO

Negli ospedali slovacchi si fa fatica a trovare un medico. E non per insufficiente ricambio generazionale o carenza di vocazioni, come si teme possa accadere tra qualche anno in Italia. No, i medici scarseggiano perché in oltre duemila si sono nascosti a casa o stanno oltre confine, come non accadeva dai tempi della Cortina di ferro. Colpa del progetto lanciato dal governo di Bratislava che prevede la vendita degli ospedali pubblici a un gruppo privato che secondo gli oppositori gode di ottimi agganci nell'esecutivo. Per settimane, i settemila medici ospedalieri del paese hanno cercato di opporsi all'operazione, sostenuti dall'associazione professionale slovacca (paragonabile al nostro Ordine, Slovenska lekarska komora o Slk) e dal sindacato Lup-Loz, associato alla Fems (Federazione europea medici salariati, che per l'Italia raggruppa Anaao-



Assomed, Anpo, Aaroi-Emac e Snr). Il governo, però, ha fatto spallucce e a novembre alle agitazioni dei camici bianchi ha risposto con le maniere forti: prima la decretazione dello stato di emergenza ospedaliera (la prima dalla fine della Seconda guerra mondiale) poi, davanti alla minaccia di dimissioni di oltre duemila medici (gli irriducibili che non si sono arresi), l'annuncio di un decreto per costringerli con la forza ad andare al lavoro. Immediata la replica degli ospedalieri, che dal 1 dicembre hanno iniziato a lasciare il paese per sottrarsi alla precettazione. E così, da giovedì i nosocomi slovacchi sono in ginocchio e alcune fonti di stampa riferiscono di medici (quelli rimasti) che lavorano per 48 ore di fila. Tanto che il governo, pur di non rimangiarsi il progetto, avrebbe già avviato contatti con i pae-

si vicini (repubblica Ceca e Ungheria, ma anche Ucraina e Bielorussia) per "importare" un po' di dottori. Di qui la dimensione europea che da qualche giorno il caso slovacco sta acquistando. Innanzitutto perché sindacati locali hanno bussato alla porta delle organizzazioni internazionali di categoria per cercare sostegno (già ricevuto, oltre che dalla citata Fems, anche dall'Emo, European medical organization, e dal Cmpe, Comité permanent des médecins européens); in secondo luogo perché la Slovacchia, per far lavorare i medici ucraini e bielorussi nei suoi ospedali, deve prima riconoscerne i titoli e un provvedimento di questo tipo avrebbe poi valore nel resto dei paesi dell'Unione. E se accadesse, Groupon sarebbe l'ultimo dei problemi per i medici italiani.

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 05/12/2011



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

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)

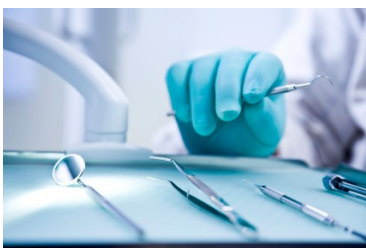
Tel. 0523 572211



I VIAGGI DEL "SORRISO", DAL DENTISTA ALL'ESTERO

In dieci anni chiuso il 10% di laboratori odontoiatrici. "fenomeno in crescita".

LI CHIAMANO "viaggi del sorriso" e coinvolgono oltre duemila emiliano-romagnoli ogni anno. Basta un volo low cost dal Marconi o un autobus prenotato con sufficiente anticipo per raggiungere la "Mecca" del turismo dentale, la Romania. Pacchetti-vacanza ben organizzati, prezzi stracciati, risparmi non indifferenti per chi in Italia non può permettersi certe cure. Ma c'è chi non sorride affatto, ad esempio gli odontotecnici di casa nostra, che denunciano: negli ultimi dieci anni, in regione, ha chiuso il 10% delle imprese del settore, con la scomparsa di 140 laboratori. In un lustro sono volati via 25 milioni di euro di fatturato ed è andato perso un terzo degli addetti. Le associazioni di categoria, CNA, Confartigianato, Confesercenti e ANTLLO si sono riunite in un coordinamento regionale



per "contrastare il fenomeno" che non conosce crisi e non riguarda soltanto Bucarest: altre mete ambite sono la Croazia, l'Ungheria, la Bulgaria e l'Albania. Un giro d'affari da milioni di euro. "Ne va del nostro lavoro e della salute dei pazienti - ha spiegato ieri Stefano Silvestroni di Cio-Confesercenti - Ci sono agenzie di viaggio che si occupano solo di questo e alcuni sindacati, come la Cgil, organizzano dei pullman per portare i pazienti nell'est Europa, danneggiando la loro salute e la nostra professione". A Bologna sono numerose le agenzie che promettono cure economiche alla portata di tutti. Come *dentistroma*.
nia.com, che pubblicizza per le strade della città i propri servizi. Tutto programmato: visita gratuita in Italia, partenza dal Marconi e soggiorno in albergo. In un week-end, una protesi dentaria nuova di zecca e molti euro in più sul conto corrente. Secondo Silvestroni, i rischi sono alti: "vengono usati materiali

scadenti, in alcune protesi sono state trovate anche quantità di piombo 11 volte superiori ai limiti di legge. Quando un lavoro è fatto male, i danni biologici sono irreversibili." Il problema della qualità dei materiali, tuttavia, è reale anche nel nostro Paese. Secondo le associazioni, "in Italia si cominciano a usare materiali scadenti e a far realizzare le protesi in laboratori abusivi. Serve una regolamentazione dell'attività, introducendo regole chiare per le imprese che fabbricano protesi". Quello che resta è il problema dei prezzi proibitivi: "La regolamentazione è così vecchia e farragiosa che per abbassare i costi si è costretti a diminuire gli standard di sicurezza oppure a operare nel sommerso" spiega Daniele Dondarini, responsabile di CNA Unione Benessere e Sanità. "E' necessaria una defiscalizzazione delle protesi".

Rosario Di Raimondo

REATO DOLOSO PER L'ODONTOIATRA ABUSIVO SEDICENTE

Il fatto

È errata la decisione di riconoscere la natura colposa anziché dolosa del reato commesso dal sedicente odontoiatra che, privo del titolo professionale, si è avventurato in una lunga e complessa serie di interventi, quali l'estrazione di denti dall'arcata arcata superiore e inferiore e in sedute di implantologia con esito infausto. È quanto affermato dalla Corte di Cassazione a seguito della impugnazione di una sentenza pronunciata dalla Corte d'Appello di Milano.

Il diritto

L'abusivo, privo del titolo professionale, agisce con dolo anche se non ha voluto la malattia e se ha agito, pur a costo di cagionarla, sorretto dalla convinzione di evitare ogni danno al paziente: una tale prospettiva difensiva va disattesa, anche perché appare consentite l'esercizio di attività medico-chirurgiche a soggetti privi dell'abilitazione professionale, in ragione della finalità terapeutica da cui gli stessi sono mossi.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net



«ASO» BRACCIO DESTRO DEL DENTISTA

La figura professionale dell'assistente di studio odontoiatrico (Aso) oggi non esiste, come non esiste una formazione obbligatoria e il percorso formativo è demandato alle Regioni che nel tempo hanno legiferato in modo disomogeneo. Oggi l'Aso è regolamentata, nel mansionario da un accordo tra ministero del Lavoro e associazioni di categoria odontoiatriche che affida alle Regioni la sua formazione. La Salute ha deciso di regolamentare questa professione dandole un profilo professionale adeguato ai compiti svolti con un proprio iter di formazione. Il primo passo è stato compiuto la scorsa settimana quando con l'invio alla Stato-Regioni dell'ipotesi di profilo, concordato tra ministero, Cao, associazioni sindacali di dentisti, igienisti dentali, organizzazioni sindacali e delle assistenti alla poltrona. Secondo il profilo l'Aso è l'operatore che «a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale» assiste, come dipendente dello studio, i professionisti laureati,

secondo le loro istruzioni, nelle prestazioni sanitarie, nell'organizzazione dello studio e nella gestione del rapporto con il paziente. Per quanto riguarda il mansionario l'Aso si occuperà di sterilizzare gli strumenti, accogliere il paziente, svolgere mansioni di segreteria, assistere l'odontoiatra durante la terapia, riordinare le attrezzature, il riunito odontoiatrico e le sale operatorie, gestire i rapporti amministrativi con pazienti e fornitori, archiviare la documentazione, controllare le scadenze dei farmaci di primo impiego. Il percorso formativo obbligatorio durerà due anni. Per chi è già assunto o sta completando il periodo di apprendistato non sarà previsto nessun corso di riqualificazione. Diplomi o attestati con corsi di formazione autorizzati dalla Regione precedenti al nuovo profilo saranno equipollenti. Ora le Regioni dovranno esprimere il loro parere e se positivo il Ministero avvierà l'iter per formalizzare la proposta.

Giorgio Rimella

ISSUE 24088
Sanità

n. 38 del 11 ottobre 2011



TRASFORMARE IL BISOGNO DI SERVIZI ALLA PERSONA IN OPPORTUNITÀ DI SVILUPPO ECONOMICO

Bisogni delle famiglie. Caregiver e servizi alla persona: una sfida sociale e imprenditoriale

Dati molto interessanti sono emersi nel corso della due giorni di Convegno organizzato dal CNA Emilia Romagna a Bologna che ha messo a confronto diverse esperienze europee sul tema dell'assistenza alla famiglia e dei servizi sociali alla persona a domicilio.

CNA, che è un'Associazione di imprese che sono anche persone, ha deciso di analizzare a fondo i problemi di chi si prende cura di altri. Attraverso una ricerca svolta tra i propri associati, ha voluto verificare come vivono uomini e donne, imprenditori, dipendenti o pensionati con carichi di cura.

Emerge innanzitutto, che tra le persone che devono prendersi cura di qualcuno, ben il 70% deve farlo tutti i giorni. E ancora, che il 70% delle persone assistite sono in condizioni gravi e che di questi, il 45% soffre di pesanti disabilità psichiche. Ad assisterle sono genitori e figli; per il 60% si tratta di dipendenti e lavoratori autonomi e per il restante 40% di pensionati. Nella stragrande maggioranza si tratta di donne. L'aiuto professionale (infermieri, assistenti domiciliari, badanti con regolare contratto) è spesso di modeste entità, e riguarda circa il 40% di queste persone, mentre l'80% degli intervistati utilizza forme di aiuto informale, ovvero quello dei familiari e del volontariato oltre a forme di assistenza non regolare. Tale carico di cura produce secondo la ricerca, un elevato e significativo deterioramento nelle relazioni sociali per circa il 30% delle persone coinvolte, e in modo meno pesante ma comunque rilevante, per il 50%.

La spirale di tagli alla spesa sanitaria e sociale e alle agevolazioni fiscali alle famiglie avviata, rende ancora più difficile trovare risposte adeguate al bisogno continuativo di sostegno per le funzioni elementari della vita per le persone non autosufficienti.

La domiciliarità è una delle chiavi di volta del nostro sistema di servizi ed è una condizione di funzionalità e di sostenibilità del sistema. Se questo pilastro cedesse, la pressione sulle strutture residenziali, sulle lungodegenze, sul sistema ospedaliero, potrebbe diventare insostenibile.

Ora dipendiamo da donne straniere che

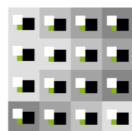
fanno le assistenti familiari, la cui disponibilità è destinata a ridursi con il migliorare delle condizioni dei paesi di origine. Occorre essere previdenti.

La domanda di servizi alla persona attualmente più sostenuta e matura è quella legata all'invecchiamento della popolazione. Una famiglia italiana su dieci ha almeno un componente disabile al suo interno. L'80% di queste famiglie (di cui 1/3 è costituito da persone disabili sole) non risulta essere assistita da servizi pubblici ed è pertanto essa stessa che si prende cura del familiare disabile. Insomma, una platea vasta di persone che è destinata a crescere per la dinamica demografica: già ad oggi sono più di 156.000 anziani.

Per CNA sarebbe utile che le politiche pubbliche oltre che attivare, promuovere e qualificare i necessari servizi pubblici diventassero lievito di un'offerta articolata e qualificata di servizi alla persona, che aiutasse ad andare oltre l'attuale aiuto domestico e contribuisse ad allentare la quasi insopportabile pressione sulle famiglie ed in particolare sulle donne. "Nel momento in cui le

risorse pubbliche per le politiche sociali si assottigliano ed è di tutta evidenza il rischio di veder diminuire servizi e agevolazioni fiscali, può diventare un obiettivo di sostenibilità sociale trasformare il bisogno assistenziale di base, con risposte integrative al sistema dei servizi sociali e sanitari, in opportunità di un mercato di servizi alla persona, ripensando le politiche orientate al sostegno della domanda".

La Regione Emilia-Romagna è un laboratorio naturale per le politiche a favore delle persone non autosufficienti. Infatti, a fronte di quasi 4.400.000 abitanti, ha il 22,42% di residenti con oltre 65 anni, l'11,54% con oltre il 75 anni, il 6,96% con oltre 80 anni. La speranza di vita è tra le più alte in Europa e, quindi, nel mondo. Occorre promuovere un mercato fatto di imprese socialmente responsabili, sia per fornire un aiuto stabile alle famiglie sia per rilanciare l'economia qualificando il mercato del lavoro.



RETISMED
Rete Medica per l'Innovazione

NORME ARMONIZZATE DI INTERESSE PER IL SETTORE DEI DISPOSITIVI MEDICI

Segnaliamo la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale di alcune norme tecniche rilevanti per il settore dei dispositivi medici, in particolare per i dispositivi elettromedicali.

Nello specifico:

1. CEI EN 62083,

Apparecchi elettromedicali - Prescrizioni particolari di sicurezza per i sistemi di pianificazione del trattamento di radioterapia. Sostituisce la versione precedente della norma.

2. CEI EN 60601-2-41

Apparecchi elettromedicali - Parte 2-41: norme particolari relative alla sicurezza fondamentale e alle prestazioni essenziali delle lampade scialitiche per uso chirurgico e per la diagnosi. Sostituisce la versione precedente della norma.

3. CLINICAL INVESTIGATION

Indagine clinica dei dispositivi medici per soggetti umani. La norma tratta la buona pratica clinica per la progettazione, l'esecuzione, la registrazione e la dimostrazione delle indagini cliniche condotte su soggetti umani per valutare la sicurezza o le prestazioni dei dispositivi medici a fini regolamentari.





L'APPROFONDIMENTO

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO SANITARIO E NUOVE COMPETENZE DEL FISIOTERAPISTA

di Francesco Saverio Proia – Ministero della Salute

Come ormai è risaputo, si prevede, nel prossimo futuro, una contrazione della presenza attiva dei medici nel mercato del lavoro sanitario, in particolare nelle aziende sanitarie locali ed ospedaliere; c'è già chi parla di carenza o di emergenza medica, e, se la memoria non mi inganna, in gran parte sono gli stessi che, oltre 20 anni fa, parlavano di plethora medica ed invocavano il numero chiuso nei corsi di laurea in medicina e chirurgia: i dati oggettivi, invece, dicono che, nonostante l'esodo di migliaia di medici in pensione, la percentuale di medici attivi per abitante sarà, nel nostro Paese, sempre più alta rispetto alla media europea.

Anche se ad iniziare da quest'anno accademico Ministeri della Sanità e dell'Università, d'intesa con le Regioni, hanno programmato un aumento del 30% delle iscrizioni ai corsi di laurea in medicina e proposto una revisione del percorso formativo di laurea e di specializzazione, gli effetti di questa scelta si potranno vedere a media distanza temporale.

Si può però prendere spunto da questo evento, per dar corso ad una profonda riforma dell'organizzazione del lavoro sanitario, che preveda, anche, un riordino epocale delle competenze professionali, riordino che tenga conto di due fattori: il primo che professioni sanitarie diverse dal medico, per effetto delle leggi 42/99 e 251/00 sono ora non più a lui ausiliare, bensì autonome e formate nella stessa facoltà di medicina e, il secondo, che l'attuale organizzazione del lavoro medico è stata condizionata negli ultimi trent'anni proprio dalla presenza della cosiddetta plethora medica, che ha esteso la competenza di questa professione ad atti che potrebbero essere svolti anche da altri professionisti della salute con minor formazione universitaria.

Inoltre, in molti segmenti e linee dell'organizzazione del lavoro, caratterizzate da una forte domanda di attività, come nell'emergenza-urgenza ad esempio, i medici potrebbero essere coadiuvati, se alcune loro attività potessero essere svolte da altri professionisti, allo scopo formati postlauream, così come a questi stessi laureati sani-

tari, diversi dai medici, potrebbero essere affidati quei compiti o impropri o ripetitivi, attualmente svolti dal laureato in medicina e chirurgia.

Chiariamo, innanzitutto, che un simile processo di riorganizzazione e di ricomposizione delle funzioni e delle competenze ha, come primo obiettivo e come primo risultato, la rivalutazione e paradossalmente anche la ricentralizzazione della professione medica, la quale, liberata da incombenze improprie e in contraddizione con la sua alta formazione universitaria, di norma decennale, e con la sua qualifica dirigenziale, potrà dedicarsi interamente all'essenza stessa della sua professione ed al suo ruolo di governo e sintesi del processo clinico-assistenziale e quindi ottemperando meglio sia alla sua vocazione che alla sua missione.

Non a caso la stessa riforma delle professioni sanitarie infermieristiche - ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ha avuto come sostenitori la parte più avanzata della professione medica e, nel caso di parlamentari, ministri e sottosegretari di estrazione medica, gli attori protagonisti della presentazione e dell'approvazione delle leggi 42/99, 251/00 e 43/06, nonché dell'attuale ddl su albi ed ordini.

Quindi, anche grazie a questa componente della professione medica, oltre all'associazionismo professionale e sindacale delle 22 professioni sanitarie, negli ultimi vent'anni è stata avviata e realizzata una profonda riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione nonché della professione di ostetrica, sia nell'aspetto ordinamentale che in quello formativo, quale esigenza di adeguamento all'evoluzione scientifica e tecnologica della sanità ai nuovi bisogni per una diversa organizzazione del lavoro e all'integrazione del nostro SSN nell'U.E.

Si tratta, infatti, di una scelta che ha anche radici extranazionali, dalle raccomandazioni in materia del Consiglio d'Europa alla constatazione che già altri Stati Europei ed Extraeuropei avevano da anni fatto propria quest'evoluzione, con indubbie ricadute positive per i cittadini.

Fra l'altro, proprio sulla necessità di adeguare le competenze di queste professioni sanitarie è in corso un confronto in sede OCSE, partendo da esperienze già consolidate di sistemi sanitari di altri Stati, in particolare quelli di cultura anglosassone, ma anche latina come la Spagna, prevedendo che, previa adeguata formazione propedeutica, le stesse possano svolgere anche funzioni sinora svolte dal personale medico.

E' evidente che una simile scelta organizzativa, ha un forte fondamento legislativo e regime normativo che hanno, come fonte iniziale, il D.Lgs. n. 502/92, che, nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge n. 833/78, stabilì inoltre che era ed è compito del Ministero della Salute, allora Sanità, l'individuazione e regolamentazione dei profili professionali dell'area sanitaria e trasferì la formazione di queste professioni dalla sede regionale a quella universitaria, incaricandola nella Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'impianto normativo sopra descritto, fu perfezionato successivamente dalla legge 26/02/1999 n.

42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", la quale sancisce che la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" è abolita e sostituita dalla denominazione "professione sanitaria"; inoltre l'art.1 di questa legge, al comma 2, così recita: "il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

Inoltre, l'art. 1 della successiva legge di riforma quadro delle professioni sanitarie, n. 251/2000, così recita per le professioni di infermiere e di ostetrica

SEGUE L'APPROFONDIMENTO

(concetti simili vengono espressi nei successivi articoli per le altre aree professionali):

"1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica, svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

2. Lo Stato e le Regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione Europea.

3. il Ministero della Sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;

b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata."

Per effetto di questo quadro normativa appena rassegnato, è dato osservare che:

- i 22 profili professionali individuati ai sensi del terzo comma dell'art. 6 del D.Lgs. 502/92 sono professioni autonome, integrando, così, l'elenco del testo unico che contemplava il medico, il farmacista, il veterinario e l'odontoiatra;

- l'oggetto della professione è costituito dalle "attività dirette alla prevenzione, alla cura, riabilitazione e salvaguardia

della salute individuale e collettiva";

- le funzioni proprie della professione sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici";

- ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni "nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative".

Pertanto, i criteri per la determinazione delle competenze proprie delle 22 professioni sanitarie, vengono sostanzialmente individuati:

a) nel criterio guida - introdotto dalla legge n. 251/2000 - che preordina la professione allo svolgimento delle "attività dirette alla prevenzione, alla cura, riabilitazione e salvaguardia della salute individuale e collettiva";

b) nei criteri limiti - previsti dalle richiamate leggi 42/1999, 251/2000 e 43/2006 - costituiti dai profili professionali, dall'ordinamento universitario e formativo post-base e dai codici deontologici.

E' evidente come i criteri limite di cui alla lett. b), configurino sostanzialmente una dinamicità in progress di attribuzione di competenze e funzioni, secondo quanto già previsto o in futuro sarà stabilito dalle disposizioni, normative ed amministrative, preordinate a definire i profili professionali, gli ordinamenti universitari e formativi, le regole deontologiche.

Questo concetto è esaltato e rafforzato dalla portata della previsione della legge 251/2000, laddove attribuisce espressamente allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, "la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie, al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione Europea".

Per evitare dubbi, è evidente che la va-

lorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie ad opera dell'attività, legislativa ed amministrativa, dello Stato e delle Regioni, deve essere realizzata alla luce e nel rispetto:

- della competenza propria della professione, che si identifica con le "attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e salvaguardia della salute individuale e collettiva";

- dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative per le professioni sanitarie.

Ne consegue che queste professioni sanitarie non sono più configurate quali "ancillari" alle professioni mediche con l'avvenuto riconoscimento della loro autonomia professionale, al pari delle altre professioni intellettuali e liberali nell'accezione del termine.

La legge 42, all'art. 1, stabilisce, inoltre, che quanto sopra si attui facendo salve, "le competenze previste per le professioni mediche ... nel rispetto delle specifiche competenze professionali", che nell'ordinamento italiano sono individuate nel particolare sin dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie, approvato con Regio Decreto 27/07/ 1934 n. 1265, il quale all'art. 100 prevede che l'esercizio della professione medica è consentito a chi è in possesso del titolo di abilitazione, senza ulteriori specificazioni.

Del resto lo stesso concetto di "atto medico" non è definito né previsto in nessuna norma giuridica, bensì è più un'espressione della comunità scientifica internazionale, secondo la quale ogni attività di diagnosi e cura della persona sia di competenza della professione medica.

Nel comune pensiero sembrerebbe ovvio e scontato, che le attività di diagnosi e cura dell'individuo siano proprie se non esclusive della professione medica, mentre siano di competenza delle altre professioni sanitarie le funzioni assistenziali, riabilitative, tecniche e preventive.

Tuttavia, la complessità quotidiana del funzionamento degli ospedali e dei distretti sanitari - in particolare all'interno

(Continua da pagina 7)

del sistema dell'emergenza e dell'urgenza sanitarie - porta a che sia l'agire professionale in integrazione, collaborazione e cooperazione tra medico ed infermiere e delle altre professioni sanitarie alla base dell'organizzazione del lavoro.

E', quindi, compito dello Stato e delle Regioni, con atti legislativi o regolamentari, normare il campo di attività esclusivo e quello concorrente di ciascun professionista.

Quanto sopra è stato rafforzato dalla riforma del Titolo V della Costituzione, laddove, oltre a ribadire che l'organizzazione del lavoro in sanità è competenza esclusiva delle Regioni, si è affermato che, sull'insieme della materia delle professioni, Stato e Regioni hanno competenza concorrente.

Sulla base di questa normativa è quindi possibile prevedere, che alcune funzioni attualmente svolte da laureati in medicina e chirurgia possano essere svolte dagli altri laureati sanitari, senza svolgere esercizio abusivo della professione medica: valgano come esempi il parto naturale svolto alla presenza della sola ostetrica, alcune attività del Dipartimento di Prevenzione di un ASL, che potrebbero essere di competenza di un tecnico della prevenzione, così come le vaccinazioni potrebbero essere effettuate solo da un assistente sanitario, oppure la gestione dei controlli routinari degli stati cronici, di competenza di medici specialisti in quelle discipline, potrebbe anche essere svolta da infermieri opportunamente formati

e che riferiscano al medico i soli casi di scostamento dalla normalità, così come nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria si può conferire all'infermiere una specifica competenza che, in particolari situazioni, può comportare sia l'effettuazione di atti assistenziali e curativi salvavita, che essere in grado di dar corso ad un primo inquadramento diagnostico dell'individuo, a seguito di una specifica formazione e nel rispetto di protocolli operativi stabiliti dal personale medico.

E' evidente che un simile ragionamento non possa che comprendere anche le professioni sanitarie ricomprese nell'area della riabilitazione, ad iniziare dal fisioterapista: si tratta di analizzare "laicamente e senza pregiudizi o sospetti di reciproca rivalità", l'attuale organizzazione del lavoro sanitario ed individuare quali competenze possano essere svolte "anche" dal fisioterapista come dalle altre professioni dell'area della riabilitazione.

Il dibattito è certamente aperto: si tratta di ragionare pacatamente, avendo come riferimento la centralità del cittadino, che, ricordiamolo, è il vero azionista del SSN. e il miglior uso delle risorse umane e professionali.

Certamente la questione che emerge con più facilità, è un rapporto non più mediato ma diretto, per alcune patologie, da individuare avvalendosi della competenza e dei medici e dei fisioterapisti, tra cittadino e fisioterapista come tra fisioterapista e medico di famiglia o medico ortopedico.

Per realizzare questa diversa organizzazione del lavoro sanitario, così profonda

ed innovativa, è augurabile che si concordino percorsi e modalità, in quanto è quanto mai necessario sviluppare e realizzare la comprensione, la partecipazione e l'augurabile condivisione dei soggetti professionali interessati, ad iniziare dai medici, prevedendo specifici tavoli interprofessionali nazionali, regionali e, se del caso, anche aziendali, per individuare e concertare le modalità attuative.

Gli strumenti operativi potrebbero essere trovati, sia a livello nazionale che in ambito regionale, attraverso l'individuazione di specifiche competenze ed attività di competenza medica che potrebbero essere, in casi determinati e determinabili, esercitate anche da altre professioni sanitarie, attraverso atti normativi certi (linee guida, allegati al PSN o al PSR, DGR, Accordi Stato-Regioni ... e, ovviamente, leggi regionali e/o nazionali).

Così si potrebbero individuare quali funzioni possano essere svolte dal professionista della salute sulla base della sua attuale formazione di base e quali funzioni per le quali debba essere prevista una specifica formazione post base.

In questo quadro potrebbe essere avviata una riflessione, per verificare se è praticabile un adeguamento alla finalizzazione ed alla spendibilità delle lauree magistrali delle professioni sanitarie infermieristiche - ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, che non sia solo in ambito gestionale e didattico, ma che sia anche professionale, clinico e nella ricerca.

Dalla rivista: Riabilitazione Oggi n. 8—Ottobre 2011



BOLOGNA, L'ORDINE CONTRO I MEDICI CHE VANNO SU GROUPON

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 23/11/2011

Deontologia e Groupon non vanno d'accordo, quindi i medici stiano lontani dal sito di offerte commerciali "last minute". L'avvertimento arriva dall'Ordine dei medici di Bologna, che nei giorni scorsi ha aperto una quindicina di procedimenti disciplinari nei confronti di altrettanti iscritti: odontoiatri, ecografisti, medici estetisti e ambulatoriali privati che hanno approfittato di un "passaggio" su Groupon per reclamizzare la propria attività. «Da settimane ormai monitoriamo quotidianamente il sito» spiega il presidente dell'Ordine bolognese, **Giancarlo Piza** «prendiamo



nota dei medici che fanno offerte e apriamo un procedimento». L'accusa è violazione della deontologia professionale: il nome del professionista, prosegue Piza, non può comparire su veicoli di promozione commerciale. Finora sono passati davanti all'Ordine una mezza dozzina di medici, ma nessuno è stato sanzionato. «Non siamo la Santa Inquisizione» precisa Piza «ci siamo limitati a richiamare le regole. Tutti gli iscritti finora sentiti, tra l'altro, hanno detto di essere stati contattati da Groupon e di avere avuto l'assicurazione che fosse tutto legittimo. Così non è, anche perché nessuno di

loro ci ha mai sottoposto preventivamente il messaggio informativo che volevano inviare, come vorrebbero le regole». Nonostante le violazioni deontologiche, in sostanza, l'Ordine non irriterà sanzioni. «Alla prima no» precisa il presidente di Omceo Bologna «ma in caso di recidiva saremo invece severissimi. Sia chiaro: non vogliamo vietare ai medici di usare Internet, tutt'altro. Né intendiamo censurare Groupon, è un sito commerciale e fa il suo lavoro. La questione è prettamente etica: c'è un regolamento e vogliamo che sia rispettato dai nostri iscritti, tutto qui». I medici sono avvisati.



COSÌ SI È STRETTA LA MORSA DEL CONSENSO

ISSN 1120-3592
Sanità

n. 47 del 13 dicembre 2011

Il paziente è l'unico ed esclusivo "proprietario" della propria salute, e quindi l'unico cui spetta decidere se, come, quando e quanto curarsi. Naturalmente, perché il paziente possa esercitare consapevolmente questo diritto, è necessario che egli sia debitamente informato. Nel Quaderno dell'Ufficio del massimario si elenca cosa deve comprendere l'informazione al paziente: a) la natura dell'intervento o dell'esame (se sia cioè distruttivo, invasivo, farmacologico, manuale ecc.); b) la portata e l'estensione dell'intervento o dell'esame; c) i rischi che comporta, anche se ridotti (come effetti collaterali, indebolimento di altri sensi o organi ecc.); d) la percentuale verosimile di successo; e) la possibilità di conseguire il medesimo risultato attraverso altri interventi, e i rischi di questi ultimi (in questo senso, si vedano Cass. n. 10014/1994 e n. 364/1997); f) le eventuali inadeguatezze della struttura ove l'intervento dovrà essere eseguito (Cass. n. 11316/2003). In altri termini, il paziente va messo concretamente in condizione di valutare ogni rischio e ogni alternativa (Cass. n. 364/1997, ma anche n. 1773/1981 e n. 375/1965). È quindi in colpa da inadempimento contrattuale sia il medico che non fornisca al paziente le necessarie informazioni, sia quello che le fornisca in modo insufficiente, sia quello che le fornisca in modo errato (Cass. n. 24742/2007). Il consenso, inoltre, deve essere continuato e non una tantum all'inizio della cura: va richiesto e riformulato per ogni singolo atto terapeutico o diagnostico suscettibile di cagionare autonomi rischi. La Suprema Corte è stata su questo punto molto chiara: «È noto che interventi particolarmente complessi, specie nel lavoro in équipe, ormai normale negli interventi chirurgici, presentano, nelle varie fasi, rischi specifici e distinti. Allorché tali fasi assumano una propria autonomia gestionale e diano luogo, esse stesse, a scelte operative diversificate, ognuna delle quali presenti rischi diversi, l'obbligo di informazione si estende anche alle singole fasi e ai rispettivi rischi» (Cass. n. 364/1997). Si fa eccezione nel caso di interventi urgenti, anche quando l'urgenza non sia assoluta: in tal caso il consenso consapevole prestato dal paziente si considera implicitamente esteso anche alle operazioni "complementari", qual è quella di sostegno, durante l'intervento, delle risorse ematiche del

paziente, che siano assolutamente necessarie e non sostituibili con tecniche più sicure (Cass. n. 20832/2006). La prestazione del consenso non è soggetta ad alcuna forma particolare. Nel nostro ordinamento vige il principio della libertà delle forme del negozio giuridico: le parti possono scegliere quella ritenuta più opportuna, ivi compresa la forma orale e la forma tacita. Naturalmente la forma scritta resta quella preferibile, perché facilita il problema della prova del consenso. Secondo l'orientamento più recente se il paziente si duole di non essere stato informato, deve essere il medico convenuto a provare di avere esaurientemente informato il paziente. Il paziente può limitarsi a dire di non essere stato informato sui rischi dimostrando soltanto l'esistenza del contratto di prestazione d'opera professionale, la sua validità e l'esistenza del danno. Effetti della mancanza di informazione. Dalla violazione dell'obbligo di informazione la giurisprudenza fa discendere la responsabilità del medico nel caso di insuccesso dell'intervento. Questa responsabilità si fonda sia sulla violazione del dovere di comportarsi secondo buona fede nello svolgimento delle trattative e nella formazione del contratto (art. 1337 Cc) sia sulla assenza di un valido consenso, che per essere tale deve essere consapevole. Ricorda il curatore che la Cassazione ha abbandonato di recente il contestato diffuso orientamento secondo cui in caso di mancata informazione il medico risponde dell'insuccesso dell'intervento anche se non è a lui addebitabile alcuna colpa. Nella sentenza n. 2847/2010 ha invece chiarito che - in presenza di un atto terapeutico necessario e correttamente eseguito, dal quale siano tuttavia derivate conseguenze dannose per la salute - ove tale intervento non sia stato preceduto da un'adeguata informazione del paziente sui possibili effetti pregiudizievoli non imprevedibili, il medico può essere chiamato a risarcire il danno solo se il paziente dimostri, anche tramite presunzioni che, ove compiutamente informato, egli avrebbe verosimilmente rifiutato l'intervento. Da ultimo, la Suprema Corte è giunta ad ammettere che, nel caso di violazione del diritto della gestante a essere informata

sui trattamenti farmacologici cui è sottoposta, il diritto al risarcimento spetta anche al concepito, una volta nato (Cass. n. 10741/2009). Consenso e capacità. Per essere efficace, il consenso deve essere prestato da soggetto capace di intendere e di volere. Quando il paziente è legalmente e naturalmente capace, soltanto lui è titolare del potere di consentire o rifiutare l'intervento. Per il soggetto legalmente incapace, il consenso deve essere prestato da chi ne ha

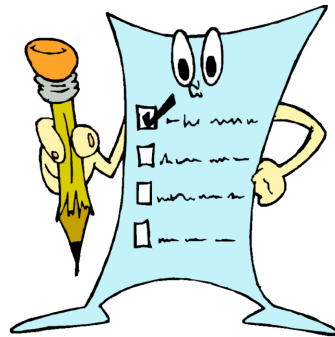
la rappresentanza legale (il genitore o il tutore). È stato tuttavia sostenuto da alcuni giudici di merito che anche il minore possa validamente prestare il proprio consenso, quando abbia acquisito una sufficiente maturità di giudizio. Non può tuttavia essere prestato dal soggetto che, pur legalmente capace, si trovi in stato

di incapacità di intendere e di volere (Cass. 6/12/1968 n. 3906). In quest'ultimo caso (l'esempio tipico è quello del paziente incosciente o in coma), qualora vi sia l'urgenza e l'indifferibilità di un trattamento terapeutico anche rischioso, il medico non andrà incontro a responsabilità di sorta per avere omesso di informare il paziente, in quanto la sua condotta sarebbe comunque giustificata dalla necessità di evitare un danno grave alla salute o alla vita del paziente, ai sensi dell'art. 54 Cp.

Rifiuto delle cure.

La Cassazione ha stabilito però che davanti al paziente debitamente informato che rifiuti il trattamento, anche salvavita, il medico deve astenersi dall'intervenire (Cass. n. 21748/2007 e n. 23676/2008). Il dissenso deve essere espresso, inequivoco e attuale. Per risolvere il problema dell'eventuale incapacità di intendere e di volere, la Suprema Corte ha ritenuto valida la soluzione di conferire a un terzo una procura ad hoc, ovvero di far constare il proprio dissenso attraverso una dichiarazione scritta puntuale e inequivoca nella quali dichiarare espressamente di volere rifiutare le cure anche se dovesse trovarsi in pericolo di vita. Una legittimazione al testamento biologico.

Paola Ferrari





E' LECITO PER UN PROFESSIONISTA FARE PUBBLICITÀ RELATIVA ALLO SCONTO APPLICATO AGLI ONORARI DELLE PRESTAZIONI EROGATE?

Sentenza TAR Umbria n. 374/2011

Un interessante tema affrontato dal TAR Umbria con la sentenza 374/2011 relativo alla applicazione del Decreto Bersani circa lo sconto effettuato dai notai e pubblicizzato alla popolazione. La controversia nasce da una delibera del Consiglio Notarile di Perugia con la quale, allo scopo di porre un freno alla "progressiva diffusione di fenomeni di reclutamento di lavoro attraverso "la pratica dello sconto" accompagnata dalla sbrigatività (a dir poco) delle prestazioni" ha ritenuto che "la sistematica riduzione degli onorari fissati dalla tariffa elaborata dal Consiglio per le prestazioni pubbliche costituisce un'ipotesi di illecita concorrenza sanzionabile ai sensi dell'art. 147 legge notarile"; con l'obiettivo poi di verificare l'ampiezza del fenomeno veniva stabilito che:

- l'obbligo di trasmissione dei preventivi alla segreteria del Consiglio;
- l'obbligo entro il 31 marzo di inviare sempre alla segreteria del Consiglio copia della dichiarazione IVA relativa all'anno precedente (II);
- l'obbligo di inviare semestralmente il repertorio degli atti; tale decisione del Consiglio del Notariato viene impugnata da due notai di Perugia che sostengono:

a) la non sussistenza di un potere generalizzato del Consiglio sui Repertori

b) l'illegittimità della previsione dello sconto come concorrenza sleale

Il Tar ha dato ragione ai due notai.

I giudici infatti hanno evidenziato che i Collegi notarili hanno un potere di controllo sui comportamenti dei notai e questi ultimi hanno un obbligo di collaborazione e comunicazione; ma il nodo della questione sta nella finalità per il cui perseguimento vengono imposti gli specifici obblighi di comunicazione. Ebbene, nel caso in esame, la finalità, esplicitata, è quella di accertare (per poter eventualmente sanzionare) se, da parte di chi ed in quali circostanze, si sia verificata la "sistematica riduzione degli onorari fissati nella tariffa", nella convinzione che essa "costituisce un'ipotesi di concorrenza illecita sanzionabile ai sensi dell'art. 147 l.n.". Tenuto però conto dei contenuti della intervenuta legge 248/2006 (decreto Bersani) e dell'abrogazione delle tariffe (afferzata anche dalla Corte di Cassazione III, 15 aprile 2008, n. 9878 e 18 marzo 2008, n. 7274), lo sconto effettuato sulle tariffe non può più configurare ipotesi di concorrenza sleale. Inoltre i giudici, per rafforzare la loro tesi, hanno altresì richiamato in sentenza la Manovra di

agosto 2011 - DL 138/2011 il quale all'art. 3, comma 8 dispone che "Le restrizioni in materia di accesso ed esercizio delle attività economiche previste dall'ordinamento vigente sono abrogate quattro mesi dopo l'entrata in vigore del presente decreto", laddove, ai sensi del successivo comma 9, "Il termine "restrizione", ai sensi del comma 8, comprende: (...)h) l'imposizione di prezzi minimi o commissioni per la fornitura di beni o servizi, indipendentemente dalla determinazione, diretta o indiretta, mediante l'applicazione di un coefficiente di profitto o di altro calcolo su base percentuale; (...)". Pertanto ormai abrogata ogni disposizione sull'inderogabilità dei minimi tariffari, non può ritenersi più legittima l'affermazione, contenuta nelle premesse della deliberazione del Consiglio Notarile, secondo cui "la sistematica riduzione degli onorari fissati nella tariffa elaborata dal Consiglio per le prestazioni pubbliche costituisce un'ipotesi di illecita concorrenza sanzionabile ai sensi dell'art. 147 l.n.".

Avv. Silvia Stefanelli



SE I MASSAGGIATORI FANNO I FISIOTERAPISTI È GIUSTO SEQUESTRARE L'INTERO CENTRO

Linea dura della Cassazione contro l'abusivismo. Rischiano la chiusura i centri di fisioterapia che lasciano praticare trattamenti fisioterapici da operatori che non sono in possesso della laurea triennale specifica. La sesta sezione penale della Suprema Corte, con la **sentenza n. 39292/2011**, depositata il 31 ottobre, ha confermato il sequestro cautelare disposto il 14 marzo dal tribunale di Agrigento in sede di riesame nei confronti di un centro fisioterapico. Dalle indagini della polizia giudiziaria, era

infatti emerso che due massoterapeuti avevano praticato «in alcune occasioni» attività riabilitative proprie del fisioterapista e comunque non rientranti nella loro competenza. Contro il provvedimento di chiusura la socia di maggioranza del centro, indagata per il reato di esercizio abusivo della professione sanitaria, ha proposto ricorso per cassazione. Invano. «La libera disponibilità della struttura sanitaria - si legge nella decisione della Cassazione - comporterebbe il rischio di reiterazione della condotta delittuosa, cioè con-



sentirebbe la continuazione di una attività paramedica o medica abusiva, con conseguenze negative non solo per le categorie professionali interessate, ma anche per la salute dei clienti del centro ». In sostanza, secondo quanto correttamente sostenuto dai giudici del riesame, lasciare la disponibilità del centro ai proprietari avrebbe come effetto l'aggravamento delle conseguenze del reato. Impossibile negare, dunque, il rapporto di pertinenza tra il reato e il centro.

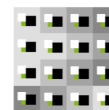
M.Per.

ISSUE 01
Sanità

n. 43 del 15 novembre 2011



NIENTE CARIE E NIENTE DOLORE



RETISMED
Rete Medica per l'Innovazione

I ricercatori dell'Università di Bonn vogliono offrire al laser un nuovo campo di applicazione per i dentisti: in futuro curerà la carie al posto del trapano. Senza vibrazioni, senza calore, senza dolore.

Si alza del fumo, dentina polverizzata, che era un componente di un campione quadrato di avorio. Il nuovo "scalpello laser", che ha questo effetto, verrà utilizzato a lungo dai dentisti

Florian Schelle inforca energicamente gli occhiali protettivi ed entra in azione. Con un paio di rotazioni della ruota di guida, muove dischi di avorio nel percorso della luce di un laser. Pulsa silenziosamente, una chiara nuvola di fumo sale e scompare nel manicotto di aspirazione.

"Dentina polverizzata", commenta il fisico, che attualmente testa i prototipi di un nuovo apparecchio laser presso l'Università di Bonn. Dopo pochi secondi è tutto finito: il laser ha prodotto uno scavo cubiforme in una zanna di mammut utilizzata per il test; la cavità è poco più grande di un paio di cristalli di zucchero. Tale precisione non è mai stata raggiunta da un normale trapano odontoiatrico e questo è uno dei motivi per permettere l'impiego del laser anche in questo ambito medico.

Il fisico Schelle però non è l'unico a utilizzare il prototipo del nuovo sistema terapeutico. Sono della partita anche i medici dell'Università nonché i partner di ricerca e industria. Le aspettative sono importanti: l'apparecchio consentirà in futuro di curare i denti in modo praticamente indolore e molto preciso. Il Ministero federale per la ricerca scientifica ha messo a disposizione 6,8 milioni di euro per il progetto, in corso già dal 2009.

"Il nostro laser lavora con impulsi ultra-brevi", spiega Florian Schelle. "Questo è il motivo per il quale si possono con esso creare fori nei denti." 500.000 volte al secondo dal laser "gocciola" un piccolo pacchetto luminoso, come acqua da un rubinetto. Il fascio con cui lavorano i ricercatori di Bonn, si compone soprattutto di oscurità. Se si desidera visualizzare le relazioni, può essere utile un confronto: se ogni "goccia di luce" è lunga 2,5 mm, tra due gocce vi sono 600 m di oscurità.

Anche se l'energia totale del fascio non è particolarmente alta, nei suoi

"momenti di luce" esso apporta per brevissimo tempo una potenza confrontabile con quella di una moderna centrale eolica. Se una goccia luminosa colpisce con forza concentrata il dente, rompe la molecola. Calore e vibrazioni vengono trasmessi in misura minima e pertanto il metodo risulta indolore per i pazienti.

Il progetto MiLaDi (Minimal-invasive Laser ablation und Diagnose von oralem Hartge webe, vale a dire Ablazione laser minimamente invasiva e diagnosi di tessuti duri del cavo orale) potrebbe pertanto implicare una vera e propria rivoluzione per l'odontoiatria. Questo non solo perché il trapano luminoso promette di allontanare dal paziente la paura della poltrona: "Possiamo per esempio combinare il trapano a un laser diagnostico", dichiara il responsabile di progetto, prof. dott. Matthias Frentzen del Policlinico per Parodontologia, Odontoiatria conservativa e Odontoiatria preventiva. Pertanto durante il trattamento possiamo analizzare se ci troviamo ancora in un focolaio di carie o già in un tessuto sano - e arrestare per tempo il trapano."

Attualmente esistono già laser che possono farlo. Questi trapani hanno tuttavia uno spettro di impiego limitato, perché a ogni tessuto corrisponde un colore della luce diverso. Un laser che rimuova bene la carie non è adatto a rimuovere materiale di otturazione vecchio o a preparare la cavità per un intarsio nel dente. Non è così per i laser a impulsi ultra-brevi. Grazie alla loro alta densità di potenza è possibile utilizzarli

per quasi tutti i materiali. "Vogliamo costruire una sorta di sistema all-in-one", afferma Frentzen.

Il nuovo trapano laser deve divenire anche molto preciso. Il suo fascio non ha neanche la metà dello spessore di un ciglio e pertanto, tecnicamente, è addirittura troppo fine per lavorare in modo ragionevole. I ricercatori applicano pertanto al loro trapano una testina virtuale: deviano il laser tramite due specchi in maniera tale da rimuovere in modo molto rapido un campione liberamente programmabile. "Guardi qui", afferma Florian Schelle e con un paio di click del mouse prende un quadrato composto da numerose linee parallele sullo schermo. "Questa è la nostra testina: il raggio luminoso segue le linee e crea un incavo quadrato nel dente." Attraverso la variazione del campione, i ricercatori possono creare anche fori rotondi o addirittura a cuore con una precisione di un centesimo di millimetro. Quasi 7 milioni di euro sono disponibili, fino al 2012, per il progetto promosso dal Ministero. I ricercatori di Bonn e due aziende del settore lavorano allo sviluppo del prototipo già da oltre un anno e mezzo. Adesso bisogna innanzitutto definire quali parametri degli impulsi si adattino meglio ai diversi materiali e se il raggio di fatto agisca solo localmente o danneggi anche la zona attorno al punto da trattare. E prima di testarlo sui pazienti è necessario rispondere a una domanda: durante la perforazione si liberano sostanze eventualmente pericolose?

Frank Luerweg
Università di Bonn



ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE (CORTE DI CASSAZIONE PENALE)

In relazione alla professione medica, che si estrinseca nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescrivere la cura, nel somministrare i rimedi anche se diversi da quelli ordinariamente praticati, commette il reato di esercizio abusivo della professione medica chiunque esprima giudizi diagnostici e consigli, ed appresti le cure al malato. Da tale condotta non è esclusa la psicoterapia, giacché la professione in parola è caratterizzata dal fine di guarire e non già dai mezzi scientifici adoperati:

onde, qualunque intervento curativo, anche se si concreti nell'impiego di mezzi non tradizionali o non convenzionali da parte di chi non sia abilitato all'esercizio, integra il reato previsto dall'art. 348 cod. pen. Per integrare il reato di esercizio abusivo di una professione, è sufficiente il compimento anche di un solo atto tipico o proprio della professione.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net



GUARDIA DI FINANZA DI TARANTO SEQUESTRA MATERIALE OTTICO

08 Febbraio 2012, 05:30 - Televideo

Attrezzature e materiali per l'allestimento di un laboratorio ottico per la contraffazione di occhiali di note griffes italiane e straniere sono stati sequestrati nel porto di Taranto dalla Guardia di Finanza provinciale in collaborazione con funzionari della dogana.

I prodotti erano all'interno di un container proveniente dal porto cinese di Ningbo con destinazione Fiume, in Croazia.

Avrebbero fruttato oltre 6 milioni e mezzo di euro sul mercato finale.



BOLOGNA
16/19 MAGGIO 2012



EXPOSANITA'

CNA Emilia Romagna
sarà presente con uno stand
nell'area Salute Amica



ANTICONTRAFFAZIONE A MIDO

È noto che, sin dal XIII secolo, ai fini di tutelare i commercianti onesti, i Capitolari delle Arti Veneziane prevedevano pene per coloro i quali fabbricavano modelli contraffatti di occhiali con lenti in vetro, spacciandole per lenti in cristallo.

La Repubblica della Serenissima non a caso trasferì l'intera produzione del vetro sull'isola di Murano, al fine di tutelare i segreti industriali degli inventori.

Dopo oltre sette secoli, con l'evoluzione dell'occhiale da accessorio necessario ad ambito oggetto di moda, la contraffazione continua ad arrecare ingenti danni a

quelle imprese che investono energie e capitali per poter offrire un prodotto di alta qualità. Il mercato globale, inoltre, non permette all'imprenditore di rimanere circoscritto in ambiti ristretti ed anzi impone di confrontarsi nelle diverse manifestazioni fieristiche internazionali, al fine di poter esporre al grande pubblico la propria attività creativa.



Per tale motivo le Fiere possono rappresentare un terreno fertile anche per quegli espositori sleali che, nel totale spregio di ogni più elementare regola di correttezza commerciale, approfittano dell'affluenza di

milioni di visitatori per veicolare nei propri stand prodotti contraffatti.

Mido, offre un Servizio Anticontraffazione durante tutti i giorni dell'esposizione ai fini di informare e tutelare gli espositori circa i propri diritti di privativa industriale.

Con la preziosa collaborazione del Centro Studi Anticontraffazione, il servizio si è negli anni modificato ed implementato e, oggi, mette a disposizione una specifica brochure che è scaricabile dal sito web di Mido, come guida ai principi fondamentali della Proprietà Intellettuale, asset prezioso per l'intero sistema Paese.



Per informazioni



Daniele Dondarini
Responsabile CNA Benessere e Sanità Emilia Romagna
Via Rimini, 7—40128 Bologna
tel. 051/21.33.124—Fax 051/21.33.330
E-mail: benesseresanita@cnaemiliaromagna.it
www.cnaemiliaromagna.it

-  Odontotecnici
-  Ottici
-  Podologi
-  Tecnici Ortopedici
-  Fisioterapisti e Massofisioterapisti
-  Sanità in generale
-  Normative e notizie di stampa
-  Approfondimento