



### EMILIA ROMAGNA. LUSENTI: "RICOSTRUIRE I PRESIDI OSPEDALIERI. COL SISMA PERSI 650 POSTI LETTO"

*È una delle priorità per le prossime settimane annunciate dall'assessore alle Politiche per la Salute. Altro tema importante riguarderà i circa 1500 anziani fragili che, come spiegato da Lusenti, non avendo più un domicilio "si sono dovuti istituzionalizzare in una residenza sanitaria".*

"Nelle prossime settimane dovremo affrontare il problema delle strutture ospedaliere, degli ambulatori e delle residenze sanitarie. Circa 650 posti letto sono andati persi dal giorno del terremoto". Lo ha spiegato ieri l'assessore regionale alle Politiche per la Salute, **Carlo Lusenti**, intervenendo nella Commissione Sanità dell'Assemblea legislativa.

Per quanto riguarda la spesa corrente altro tema importante riguarda le persone non autosufficienti. "Sono circa 450 gli anziani che erano già prima del sisma ospiti di strutture protette che sono state evacuate e che sono stati ricollocati in altre strutture della regione - ha detto l'assessore - ma dal 20 di maggio dobbiamo provvedere anche a circa 1500 anziani fragili, che prima del terremoto abitavano a casa propria, seguiti in parte dalle famiglie e in parte dall'assistenza domiciliare, che di colpo si sono dovuti istituzionalizzare in una residenza sanitaria".

"Anche questo ha un costo per la

Regione, di circa 150 mila euro al giorno - ha precisato Lusenti - non è ancora chiaro quanto di questi costi graverà sul Sistema sanitario regionale e quanto sul fondo del terremoto".

A questo si aggiunge, infine, l'esenzione dal ticket per tutti i cittadini residenti nei Comuni terremotati. Si è trattato di una scelta dettata dall'emergenza e dalla necessità di non aggiungere disagi e ulteriori adempimenti burocratici alle persone colpite dal sisma. Alla fine di settembre sarà completato il sistema di certificazione dei danni, ha spiegato Lusenti, e da ottobre sarà possibile utilizzare questi dati per limitare l'esenzione solo a chi ha avuto un danno puntuale, cioè a chi è ancora senza casa e a chi ha perso il lavoro a causa del sisma.

"La sanità regionale ha dato una risposta assolutamente straordinaria per fare fronte

alle emergenze causate dal terremoto, un lavoro corale che ha coinvolto gli stessi operatori dei territori colpiti, che ricordiamo erano a loro volta terremotati, e tutto il sistema sanitario regionale - ha concluso l'assessore - l'esenzione per i cittadini che vivono nei territori terremotati ci costa 2,2 milioni di euro al mese, ma da ottobre questo beneficio rimarrà solo per chi risulta effettivamente danneggiato".



### Sommario:

Emilia Romagna. Lusenti: "Ricostruire i presidi ospedalieri. Col sisma persi 650 posti letto"	1
Tutti i frutti delle manovre	2
Sequestro preventivo dell'ambulatorio medico non autorizzato	2
Assistenza protesica: l'assistito può scegliere il prodotto più congeniale	3
Spending review, gli interventi in sanità	3
Tutte le sirene della mutualità	4
«Stop allo spauracchio dell'attacco al Ssn: questo pilastro è solo un'opportunità»	5
Diabete mellito	6
Detraibilità prestazioni tecnico ortopedico: finalmente risolto ogni dubbio interpretativo	9
Tre milioni di pazienti lasciano gli studi	10
Troppi dentisti, urge certificazione per accesso all'Ordine	11
Reclusione per il dentista che consenta l'esercizio abusivo della professione	11
Contributo causale del dentista ad esercizio abusivo della professione	12



## TUTTI I FRUTTI DELLE MANOVRE UN CITTADINO COSTA 1.862 EURO E NE PAGA 1.833

**Quotidiano**  
**Sanità**

n. 26 del 3 luglio 2012

L'assistito più costoso per il Ssn vive a Bolzano: per lui si spendono 2.256 euro l'anno contro una media nazionale di 1.851. Il meno "caro" invece risiede in Calabria, dove la spesa pro capite ammonta a soli 1.704 euro in calo dello 0,8% rispetto al 2010. Sempre in fascia alta si posizionano valdostani, trentini e friulani mentre più "economici" dei calabresi sono soltanto siciliani e pugliesi.

Raccontano molto di un Paese spaccato in due i dati sulla spesa media pro capite nelle Regioni raccolti dalla Corte dei conti nel giudizio sul resoconto generale dello Stato 2011. Le differenze - sottolineano i magistrati contabili - restano costanti nel tempo. Considerando anche i costi nazionali, a livello complessivo ogni cittadino medio italiano nel 2011 è costato al sistema sanitario 1.862 euro, in calo dell'1,14% rispetto ai 1.841 euro del 2010. Ma l'utente paga: grazie a tasse e contributi il suo apporto al Ssn ammonta a 1.833 euro, in aumento dell'1,6%. Ciò significa che si è ridotto a -29 euro il contributo medico di ciascun cittadino al disavanzo complessivo. Un dato ancora migliore rispetto agli esercizi precedenti, «a conferma - si legge nella memoria del procuratore generale della Corte - del crescente sacrificio economico richiesto ai cittadini negli ultimi anni».

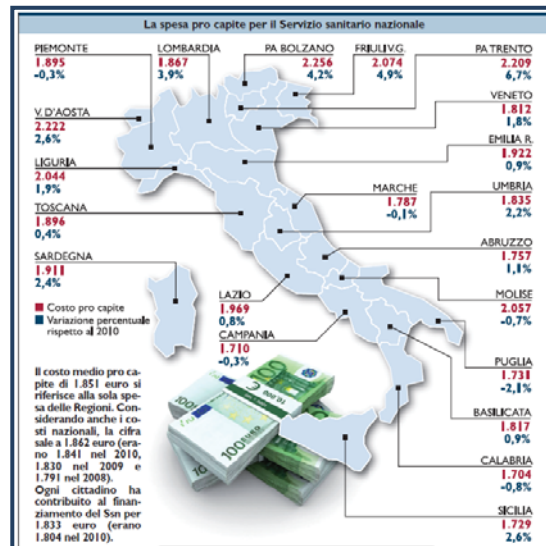
I valori pro capite vanno analizzati insieme con quelli complessivi. La spesa totale del Ssn nel 2011 (si vedano le tabelle in alto a destra) è stata di 112,89 miliardi, in aumento dell'1,4%. Le risorse per il finanziamento si sono invece attestate a 111,11 miliardi, contro i 109,127 dell'anno precedente: quasi il 50% è arrivato da Iva e accise (il federalismo fiscale), il 34,5% da Irap e dall'addizionale regionale Irpef. Il sistema sanitario è quindi finanziato per più dell'83% dalle imposte.

Il disavanzo complessivo nazionale di settore è quantificabile in 1,779 miliardi, tutto a carico di Regioni e Province autonome. È il più basso degli ultimi anni: nel 2010 ammontava a 2,2 miliardi. Segno che le varie manovre di contenimento della spesa pubblica hanno dato i loro frutti. La Corte dei conti riconosce il merito dei piani di rientro, spesso connessi «a scelte impopolari e contestate». «Non è dato sapere - avverte il procuratore generale - se per consolidare tale risultato sia sufficiente proseguire nel rallentamento dei saggi

di incremento della spesa oppure si renderanno indispensabili interventi più radicali che comportino l'effettiva riduzione dei livelli di spesa, garantendo però la qualità delle prestazioni».

Un'incognita che pesa sulle scelte delle singole Regioni. Se a spendere di più in valore assoluto sono Lombardia (18,5 miliardi di euro) e Lazio (11,28 miliardi), che però hanno anche un elevato numero di residenti, gli aumenti più consistenti in termini percentuali hanno riguardato nel 2011 la Provincia autonoma di Trento (+6,7%), il Friuli Venezia Giulia (+4,9%) e di nuovo la Lombardia (+3,9%). La Puglia, sotto piano di rientro, è invece la Regione con il calo più vistoso (-2,1%).

La variabilità nelle voci di spesa è lampante. A spendere di più per il personale - che pesa per il 32,2% sul totale dei costi (quota in calo dell'1,4% con una chiara inversione di tendenza rispetto agli aumenti degli ultimi anni) - sono state Lombardia, Campania ed Emilia Romagna. La diminuzione più significativa si è registrata in Campania (-5,6%) e Puglia (-3,1%). L'acquisto di beni e servizi - voce che assorbe il



30,4% del totale della spesa - è nuovamente cresciuto (+3%), soprattutto in Sicilia (+8,2%) e Veneto (+6,4%). Il contenimento maggiore in Lazio e Puglia (-0,7% entrambe).

Notevoli i risparmi sulla spesa farmaceutica convenzionata, che incide sul comparto per l'8,8% e che è scesa del 9% a quota 9,93 miliardi. È l'unica voce di spesa ad aver registrato un trend in costante diminuzione dal 2006 a oggi. I cali più evidenti in Calabria (-17,4%) e ancora una volta in Puglia (-16,8%); i minori risparmi a Trento e in Sardegna.



### 12.06.2012 - CORTE DI CASSAZIONE - PENALE SEQUESTRO PREVENTIVO DELL'AMBULATORIO MEDICO NON AUTORIZZATO

**Il fatto** — Il tribunale di Foggia ha rigettato la domanda di riesame proposta da un indagato per il reato previsto dall'art. 193 R.D. 1265/1934 (T.U. leggi sanitarie), avverso l'ordinanza con cui il giudice per le indagini preliminari ha disposto il sequestro preventivo di un ambulatorio medico-specialistico istituito senza specifica autorizzazione presso una struttura di terapia fisica e riabilitativa. Contro il provvedimento, per ottenerne l'annullamento, è stata adita la Suprema Corte.

**Il diritto** — La Cassazione in altra vicenda, ha già osservato che configura il reato previsto dal Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265, art. 193, comma 3, e non un'ipotesi di inosservanza del-

le prescrizioni dell'autorizzazione, sanzionata con la mera chiusura dell'istituto, lo svolgimento presso una struttura di cura medicochirurgica di attività specialistiche ulteriori a quelle autorizzate.

La Corte di legittimità, in tempi recenti, ha avuto occasione di pronunciarsi in merito al caso in cui all'interno di un ambulatorio medico polispecialistico, autorizzato per attività di analisi e radiologia, venivano praticate prestazioni sanitarie ulteriori non comprese tra quelle autorizzate.

#### Esito del giudizio

Il ricorso è stato rigettato.

Avv. Ennio Grassini (Diritto sanitario)



## 29.06.2012 — TAR CALABRIA ASSISTENZA PROTESICA: L'ASSISTITO PUÒ SCEGLIERE IL PRODOTTO PIÙ CONGENIALE



### Il fatto

La vicenda sottoposta al vaglio del TAR Calabria trae origine da un controversia relativa alle modalità di erogazione prescelte dal S.S.N. per i dispositivi e apparecchi protesici.

La disciplina delle modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica nell'ambito del servizio sanitario nazionale è contenuta nel d.m. n. 332/1999

La Regione Calabria ha interpretato il decreto ministeriale nel senso che le Regioni e le Asl possano decidere di non acquistare direttamente ed in blocco l'intera quantità di dispositivi ed ausili tecnici per i loro assistiti, attraverso procedure ad evidenza pubblica, scegliendo di lasciare a ciascun assistito la possibilità di individuare il prodotto più congeniale, tra quelli riconosciuti omogenei, con addebito del relativo prezzo al S.S.N. nel limite fissato dalla Regione e pagamento dell'eventuale eccedenza a carico dell'assistito che abbia scelto una marca diversa.

In buona sostanza si prevede che le aziende sanitarie possano stipulare contratti con le ditte interessate alle forniture in forza di procedure pubbliche di acquisto volte ad individuare a mezzo gara esclusivamente il prezzo più favorevole e non già i fornitori dei dispositivi ad un determinato prezzo. Individuato il prezzo, gli utenti si recano in farmacia per ottenere l'ausilio di cui necessitano scegliendo la casa produttrice che preferiscono.

La società ricorrente, censurando gli atti deliberativi regionali ha contestato tale interpretazione del decreto ministeriale ritenendo che una siffatta esegesi della trama normativa abbia quale unico scopo quello di abolire il ricorso alle gare di appalto per rifornire le Asl della Calabria introducendo, illegittimamente, una sorta di assistenza indiretta senza alcuna procedura ad evidenza pubblica.

### Il diritto

Il TAR, condividendo una tesi del Consiglio di Stato, ha affermato che in attuazione del D.M. n. 332/98 e del relativo nomenclatore, le Regioni e le Asl possono decidere di non acquistare diretta-

mente ed in blocco l'intera quantità di dispositivi ed ausili tecnici per i loro assistiti, attraverso procedure ad evidenza pubblica, scegliendo di lasciare a ciascun assistito la possibilità di individuare il prodotto più congeniale, tra quelli riconosciuti omogenei, con addebito del relativo prezzo al S.S.N. nel limite fissato dalla Regione e pagamento dell'eventuale eccedenza a carico dell'assistito che abbia scelto una marca diversa.

Tale sistema di assistenza indiretta permette, oltre che una maggiore soddisfazione dell'utente, anche una riduzione dei costi, sia perché l'assistito potrebbe orientarsi verso un prodotto con un prezzo inferiore a quello massimo rimborsabile, sia perché tale procedura fa venir meno la necessità di provvedere, attraverso una gara, ad un approvvigionamento di dispositivi ed apparecchi che potrebbero, in ipotesi, essere anche essere inutili perché superiori al bisogno.

### Esito del giudizio

Il TAR ha rigettato il ricorso.

*Avv. Ennio Grassini*



## SPENDING REVIEW, GLI INTERVENTI IN SANITÀ

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 6 luglio il decreto legge "Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati" (*spending review*). Di seguito vengono illustrati gli interventi in campo sanitario.

L'analisi della spesa sanitaria delle diverse Regioni, delle singole Aziende sanitarie locali e ospedaliere ha evidenziato una notevole variabilità dei costi sostenuti per l'acquisto di beni e servizi sanitari, e non sanitari, di farmaci e di dispositivi medici. Ciò ha suggerito l'opportunità di concentrare gli sforzi per una riduzione dei costi sanitari soprattutto nei seguenti capitoli di spesa: condizioni di acquisto e fornitura di beni e servizi, spesa per farmaci, spesa per dispositivi medici, acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati.

Il risparmio stimato è di 1 miliardo di euro per il secondo semestre del 2012, 2 miliardi per il 2013 e 2 miliardi per il 2014. Nel decreto è prevista la possibilità di rimodulare entro luglio insieme alle Regioni il tipo di interven-

ti sulla sanità per il 2013 e il 2014, fermo restando il saldo complessivo del risparmio da ricavare, attraverso l'intesa sul Patto per la Salute.

### CONDIZIONI DI ACQUISTO E FORNITURA DI BENI E SERVIZI

La misura adottata prevede la rideterminazione degli importi e delle prestazioni previsti nei singoli contratti di fornitura nella misura in riduzione del 5% a decorrere dall'entrata in vigore del decreto legge e per tutta la durata del contratto. Tale misura straordinaria è finalizzata ad anticipare già nel 2012 la manovra sui beni e servizi prevista dal decreto legge 98/2011 la quale esplicherà pienamente i suoi effetti a decorrere dal 2013 e sarà basata sull'obbligo per le centrali di acquisto di tenere conto dei nuovi contratti dei prezzi di riferimento che via via l'Autorità di controllo sui contratti pubblici renderà noti e disponibili. Per i contratti già stipulati è prevista invece una rinegoziazione tra Azienda sanitaria e fornitori, ovvero la possibilità di recesso da parte della struttura pubblica, nel caso di significativi scostamenti (20%)

tra i prezzi in vigore e quello di riferimento, e ciò in deroga all'articolo 1171 del Codice civile.

### SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI

Per il solo secondo semestre 2012 viene previsto un abbattimento del 5% degli importi e dei volumi di fornitura, mentre nel 2013 la revisione della spesa viene realizzata tramite la fissazione di un tetto di spesa pari al 4,8% per tali dispositivi. Le Regioni sono chiamate a garantire tale tetto di spesa sia attraverso l'utilizzo dei prezzi di riferimento, sia attraverso interventi di razionalizzazione nella fase di acquisto, immagazzinamento e utilizzo degli stessi nelle attività assistenziali.

### ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE DA SOGGETTI PRIVATI ACCREDITATI

La misura prevista consiste in una riduzione del budget assegnato alle singole strutture pari all'1% per il 2012 e del 2% per il 2013 rispetto al budget 2011.



## TUTTE LE SIRENE DELLA MUTUALITÀ NELL'UE 230 MILIONI DI ASSISTITI PER 180 MILIARDI DI QUOTE ASSOCIATIVE

**Sanità**

n. 25 del 26 giugno 2012

In Europa, da più tempo che in Italia, si è consolidato e si fa avanti un Welfare delle opportunità e delle responsabilità, come principio ispiratore per le politiche sociali e della salute del terzo millennio. È noto come la sussidiarietà sia un principio regolatore in molti sistemi sociopolitici. Esalta il valore dei cosiddetti corpi intermedi, che si trovano tra il singolo cittadino e lo Stato, afferma la mutualità di intenti verso la soddisfazione di diritti e beni comuni, mette in comune risorse umane e materiali, strumenti, operatività per il raggiungimento non solo di tutele, ma di opportunità ai nastri di partenza.

Il principio di sussidiarietà è stato recepito nell'ordinamento italiano con l'articolo 118 della Costituzione ed è uno dei principi cardine dell'Unione europea. Infatti, il trattato di Maastricht del 1992 lo richiama nel preambolo, viene esplicitamente sancito dall'art. 5 del trattato Cee che lo richiama come principio regolatore dei rapporti tra l'Unione e gli Stati membri ed è stato ulteriormente potenziato nel trattato di Lisbona.

La discussione socio-culturale e politica in Europa dimostra che i sistemi di welfare basati sul principio di sussidiarietà reggono meglio le evoluzioni sociali e anche i periodi di crisi.

Lo dimostra anche il rapporto *The Role of Mutual Societies in the 21st. century*,

promosso dalla Direzione generale per le politiche economiche e sociali della Commissione Ue, redatto per il Parlamento nel luglio 2011, che fornisce un quadro complessivo del ruolo e dello sviluppo della mutualità nel vecchio continente a 27, evidenziando l'enorme ruolo che essa gioca nella politica di coesione sociale e nello sviluppo di forme efficienti ed efficaci, che reggono sul piano finanziario, nonostante la crisi, data la loro finalità in assenza di lucro.

A livello europeo le mutue offrono servizi sociali e sanitari a 230 milioni di cittadini, rappresentano 180 miliardi di euro in quote associative con cui, sia direttamente sia acquistando sul mercato, offrono servizi e prestazioni ai propri soci e alle loro famiglie e danno lavoro a 350mila persone. In Europa sono diffuse 2 tipologie di mutue: le società di mutuo soccorso (mutual benefit) e le mutue assicuratrici (mutual insurance). Le prime forniscono coperture di welfare completamente supplementari o integrative del sistema di protezione sociale vigente nei diversi Paesi, gestiscono in alcuni casi proprie strutture (ospedali, farmacie, case di cura per anziani non autosufficienti) con pacchetti di prestazioni di aiuto domestico, assistenza domiciliare infermieristica o riabilitativa, molto flessibili e attenti all'esigenza del singolo o della famiglia anche per periodi brevi (a settimana, mese o annuali) (si veda tabella). Le mutue assicuratrici offrono invece un vero e proprio servizio assicurativo e possono coprire tutti i rischi, dalla proprietà immobiliare alla vita.

Il rapporto è stato consegnato al Parlamento europeo perché possa accingersi ad approvare lo Statuto delle mutualità a livello europeo, costruendo regole comuni per tutti gli Stati membri.

La sfida per tutti i Paesi dell'Unione è quella di saper conciliare competitività e sistemi di welfare inclusivi senza appesantire i bilanci pubblici a scapito delle generazioni future. L'equazione su cui si lavora è, quindi, diritti e responsabilità.

Una delle ricette fondamentali per raggiungere questi obiettivi è senz'altro un Welfare mix, o meglio un Welfare delle opportunità e delle responsabilità, una terza via tra Stato e mercato, rappresentata dal terzo settore o dalla terza economia, dalla mutualità negoziale o di territorio, rendendo virtuoso il circuito diritti-responsabilità, individuali e collettive.

La spesa sanitaria nazionale risulta inferiore a quella registrata negli altri Paesi Ocse e in ambito europeo, attestandosi per il 2010 intorno al 9,5% del Pil, al di sotto del 9,6%, media europea, con una incidenza del 7,3% di spesa pubblica e il 2,7% di spesa privata, meno di quanto speso da Francia e Germania - entrambe intorno all' 11% del Pil - e naturalmente meno degli Usa, attualmente al 17,4 per cento.

L'anomalia italiana è rappresentata dal più alto valore di spesa privata, quasi tutta out of pocket.

Tutte le più recenti analisi concordano nell'affermare che nei prossimi decenni i Paesi sviluppati dovranno fronteggiare costi sanitari crescenti fino al 2050, che potrebbero giungere a raddoppiare l'incidenza della componente pubblica sui Pil.

Di qui la necessità per i sistemi di Welfare di affrontare ristrutturazioni profonde dei rispettivi sistemi sanitari e sociali, per raggiungere un assetto in cui il trade-off tra copertura dei costi e sostenibilità della spesa sia governato con un migliore mix del rapporto pubblico-privato. Ne sono riprova i provvedimenti adottati in Francia per la riorganizzazione del sistema ospedaliero e per il contenimento della spesa farmaceutica; in Germania il maggior controllo da parte dei Länder sulla spesa sanitaria e sul Fondo obbligatorio per la non autosufficienza, con lo spostamento delle attuali risorse rappresentate dai Voucher monetari verso i servizi e le cure domiciliari; in Inghilterra con il provvedimento Equity and Excellence, e con il recente «Health and social care», presentato dal Governo al Parlamento, volto ad abbattere i costi della burocrazia e dare piena responsabilità delle risorse finanziarie ai consorzi di Gps in rapporto con le comunità locali, per un risparmio atteso di 20 miliardi di sterline.

Grazia Labate  
Ricercatore in  
Economia sanitaria York (Uk)

Fondi negoziali, Casse e Mutue in Italia

Anni	Iscritti	Assistiti	Fonti d'indagine
1998	657.962	1.436.208	Mastrobuono
2003	980.865	2.179.363	Pfizer
2004	3.570.000	4.900.000	Università di Padova
2007	4.983.000	8.341.210	Gruppo studio min. Salute
2008	5.457.132	10.178.200	Labate-Tardiola
2009	6.396.700	10.178.200*	Labate

(\*) Stima relativa ai rinnovi contrattuali conclusi

La normativa italiana di riferimento

- Articolo 51 e articolo 10 del decreto del Presidente della Repubblica 917/1986 (Testo unico delle imposte sul reddito)
- Articolo 9 del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni
- Articoli 3-septies e 9 del decreto legislativo 229/1999
- Articolo 26 della legge 328/2000
- Articolo 1, comma 197, della legge 244/2007 (legge Finanziaria 2008)
- Legge 15 aprile 1886, n. 3818 - Disciplina per la costituzione delle Sms
- Dm Salute 30 marzo 2008 (c.d. decreto Turco)
- Dm Welfare 27 ottobre 2009 (c.d. decreto Sacconi)
- Risposta ministero della Salute del 12 aprile 2010 ad Assoprevenienza Fimiv
- Risposta ministero della Salute del 1° aprile 2010 all'Abi



## «STOP ALLO SPAURACCHIO DELL'ATTACCO AL SSN: QUESTO PILASTRO È SOLO UN'OPPORTUNITÀ»

\*\*\***24 ORE**  
**Sanità**

n. 25 del 26 giugno 2012

Le varie ricerche realizzate in Italia dal Censis evidenziano che la prima paura degli italiani - più sentita della criminalità - è rappresentata dalla non autosufficienza (85,7%) e dall'eventuale impossibilità di pagare le spese mediche (82,5%). E la realtà dei 14 Fondi analizzati più di recente sempre dal Censis (cfr. «Il Sole-24 Ore Sanità» n. XXX/2012) dimostra che nell'ultimo quinquennio i Fondi hanno sviluppato una tendenza alla complementarità e alla copertura di ciò che il Ssn non dà, o dà male, o fa pagare con tickets e balzelli onerosi: prova ne sia il fatto che il maggior fondo negoziale esistente - Fondo Est, 1 milione 400mila dipendenti del settore commercio, turismo e terziario - per oltre il 52% copre tickets ed intramoenia, cure dentali e spese per diagnostica e ginecologia per le proprie dipendenti.

Complessivamente Fondi e mutualità muovono circa 4 miliardi e mezzo di euro che non gravano sulla spesa pubblica a fronte di circa 180 milioni di deduzione fiscale e a fronte del fatto che derivano dalla libera contrattazione tra sindacati e impresa.

Basterebbe sapere cosa è stato deciso nell'ambito dall'accordo sottoscritto alla Bracco farmaceutici e ricerca, in tema di asili nido, baby siteraggio oltre l'orario di apertura e chiusura di nidi e scuole materne pubbliche, di bonus per fare studiare i figli all'università o per alcune specializzazioni all'estero, per capire che non è in atto nessun attacco al Ssn: al contrario si socializzano benefit per il bene comune di lavoratori e aziende, che certo fidelizzando, possono essere più produttive e godere anche del beneficio fiscale.

In questo senso in Europa i sistemi a maggiore copertura complementare hanno retto e reggono meglio la crisi proprio grazie alla rete della mutualità che consente di ammortizzare fra molti i costi della crisi ed essendo senza fini di lucro e con efficienti gestioni reinveste le quote associative in maggiori benefit e maggiori coperture dei costi comunque sostenuti dai cittadini che utilizzano il sistema pubblico di copertura. Nessuna realtà ha registrato l'abbandono del pubblico o la sua residualità a favore del sistema dei fondi o delle assicurazioni private: non è accaduto neanche in Svizzera e in Olanda, Paesi che hanno i loro sistemi ad assicurazione pubblica obbligatoria e assicurazione

privata a copertura di pacchetti ulteriori di prestazioni. In tutti i Paesi europei la componente pubblica di spesa resta attestata tra il 70 e l'80% della spesa complessiva.

Una strada innovativa e italiana per un efficace mix tra pubblico e privato è stata il principio ispiratore dei decreti Turco del marzo 2008 e del decreto Sacconi dell'ottobre 2009, che hanno aperto la strada all'attuazione alle misure previste all'articolo 9 della riforma sanitaria (L. 229/1999), rimaste in letargo per quasi 10 anni.

I decreti, infatti, vincolano il 20% delle prestazioni erogate dagli attuali fondi sanitari, dalle casse e dalle Sns (società di mutuo soccorso), alla copertura di prestazioni di grande rilevanza sociale, quali la non autosufficienza e l'odontoiatria, al fine di godere del beneficio fiscale previsto dalla Finanziaria 2008 nella misura di 3615.20 euro, superando di fatto l'artificiosa contrapposizione tra fondi Doc e non Doc.

Certo ci troviamo di fronte a scenari di probabile crescita della spesa sanitaria, ma attenzione a effettuare proiezioni di crescita esponenziale nel lungo periodo, poiché trattasi di un esercizio reso molto complesso dalla scarsità dei dati confrontabili e dalla limitatezza della metodologia utilizzata per le proiezioni, che prende in considerazione i diversi Paesi in modo statico senza tener conto dei diversi contesti istituzionali.

Basti pensare a ciò che è avvenuto negli ultimi cinque anni in ambito europeo in termini di razionalizzazione, lotta alle inefficienze e agli sprechi, valutazioni di appropriatezza, spostamenti di risorse dall'ospedale al territorio, implementazione dell'Ict e così via. Costruzioni efficaci nei modelli di tutela della salute e di mix pubblico-privato, si rintracciano sia nei sistemi connotati in senso Beveridgeano (Inghilterra, Svezia) sia in quelli a prevalente modello bismarckiano (Germania, Francia, Olanda).

In Inghilterra, a esempio, l'ingresso nei Primary Care Trust dei Fondi sanitari integrativi (dipendenti del settore pub-

blico, Poste, Ferrovie, Trasporti, Scuola) e delle Sns da Benenden, alle friendly association, alle charities ha consentito di affrontare la continuità delle cure, lo sviluppo di quelle domiciliari, l'offerta di servizi personalizzati più vicini ai cittadini. Così come in Svezia i consigli di contea lavorano in stretto contatto con le società di purchasing per offrire servizi territoriali adeguati alla mutata domanda di salute della popolazione anziana.

Anche da noi, processi di razionalizzazione e responsabilità avanzano sia pur tra mille difficoltà: dal patto per la salute ai piani di rientro dal deficit di alcune Regioni.

Un quadro di razionale revisione delle diverse provvidenze in campo sociale a partire dagli assegni di accompagnamento, in una situazione di incertezza e insufficienza, ormai annuale, del Fondo per le politiche sociali, per non parlare di quello sulla non autosufficienza, che è apparso e scomparso, anche

se con minime dotazioni di anno in anno per poi cessare di esistere, si impone per affrontare il problema della costruzione di un fondo per la non autosufficienza che ci vede in ritardo rispetto all'Europa. A questo ci invita il Rapporto di politica economica e sociale dell'Ue «L'impatto dell'invecchiamento demografico sulla spesa pubblica».

La spesa dunque crescerà, ma niente catastrofismi.

Una sfida particolare del rapporto è quella di inserire altri fattori di spesa, oltre quelli demografici, sia sul versante della domanda sia su quello dell'offerta.

Uno scenario prudente che tiene conto degli effetti combinati dell'invecchiamento, dello stato di salute dei cittadini anziani, dell'elasticità della domanda di cure sanitarie rispetto al reddito, nonché dei processi di razionalizzazione e di efficientamento in atto consente di prevedere aumenti di spesa pubblica degli Stati membri intorno 1,5- 2 punti percentuali di Pil al 2050.



## L'APPROFONDIMENTO



### DIABETE MELLITO

### CLASSIFICAZIONE, COMPLICANZE, RUOLO DEL PODOLOGO

IL DIABETE MELLITO È UNA SINDROME CARATTERIZZATA DA UN PATOLOGICO AUMENTO DELLA CONCENTRAZIONE DEL GLUCOSIO NEL SANGUE SECONDARIO A CARENZA ASSOLUTA O RELATIVA DI INSULINA. ESSO COMPRENDE UN GRUPPO ETEROGENEO DI DISTURBI DEL METABOLISMO GLUCIDICO, LIPIDICO E PROTIDICO CHE, SE NON ADEGUATAMENTE TRATTATO, PUÒ ESITARE IN COMPLICANZE INGRAVESCENTI DALLA ELEVATA MORBILITÀ E MORTALITÀ SU DISTRETTI TARGET QUALI CUORE, CERVELLO, RENE, OCCHIO E VASI.

Il diabete mellito è una patologia che, negli ultimi decenni, ha avuto una crescita esponenziale come numero di nuovi casi in ragione del profondo cambiamento dello stile di vita, tanto che ad oggi in Italia la sua incidenza è stimata intorno al 3%. Recentemente l'American Diabetes Association ha elaborato nuovi criteri classificativi volti ad inquadrare il DM in base al processo patogenetico che conduce all'iperglicemia piuttosto che ai criteri dell'età o del tipo di terapia. Due aspetti dell'attuale classificazione, elaborata nel 1997, divergono dalla classificazione precedente. In primo luogo vi è stato il superamento dei termini insulino dipendente e non-insulino dipendente poiché, oltre ai soggetti con DM di tipo 1, anche quelli con DM di tipo 2 necessitano del trattamento insulinico, per cui tale denominazione generava confusione. La seconda differenza consiste nel fatto che l'età non è più usata come criterio nel nuovo sistema di classificazione, sebbene il DM di tipo 1 si sviluppi più comunemente prima dei 30 anni, un processo autoimmune che distrugge le cellule-B può insorgere a qualsiasi età. Analogamente, nonostante il DM di tipo 2 più tipicamente si sviluppi con l'avanzare degli anni, può colpire anche adolescenti obesi.

Il DM di tipo1, un tempo noto come diabete insulino-dipendente (IDDM) o diabete giovanile, è presente nel 4-5% della popolazione diabetica e si sviluppa più frequentemente nei bambini e nei giovani adulti, sebbene non se ne escluda l'insorgenza in età avanzata. La patogenesi riconosce una distruzione delle B-cellule del pancreas secernenti insulina e se ne distinguono due isotipi: immu-

nomediato e idiopatico. Il DM immuno-mediato origina dalla distruzione autoimmune delle B-cellule il cui momento patogenetico è scatenato dalla interazione di più fattori agenti sinergicamente:

1. fattori genetici: il principale gene che determina la suscettibilità al DM di tipo1 è localizzato nella regione HLA del cromosoma 6. È stato riscontrato che i soggetti con aplotipo HLA DR3 e/o DR4 hanno un rischio maggiore di sviluppare tale patologia, per contro l'aplotipo HLADR2 sembra rappresentare un fattore protettivo.

2. fattori autoimmunitari: sono presenti autoanticorpi contro le cellule insulari (ICA) e linfociti T attivati nelle isole pancreatiche e in circolo che sono responsabili della distruzione delle B-cellule e del conseguente rilascio di materiale antigenico che porta alla produzione di autoanticorpi anti-insulina (IAA) e anti-proinsulina che sono considerati il secondo marker umorale dopo gli ICA.

3. fattori ambientali: fra questi quelli che rivestono il ruolo più importante sono i VIRUS fra cui quello della rosolia, parotite, mononucleosi, epatite e le coxachie. Il DM idiopatico, invece, è caratterizzato da carenza insulinica e tendenza a sviluppare chetoacidosi senza alcuna evidenza di autoimmunità. In questi pazienti i meccanismi che portano alla distruzione delle B-cellule sono sconosciuti.

Il DM di tipo2, precedentemente denominato non insulino-dipendente (NIDDM) o diabete dell'adulto, rappresenta la forma più comune di diabete (95-96% dei soggetti diabetici) ed è caratterizzato da disordini dell'azione e della secrezione dell'insulina. Esso si

sviluppa negli adulti al di sopra dei 40 anni, la maggior parte dei quali sono obesi; l'incidenza aumenta con l'aumentare dell'età fino a raggiungere il 20% negli individui di età superiore ai 75 anni. Il DM di tipo 2 è caratterizzato da una forte componente genetica, e considerata infatti, una malattia poligenica e multifattoriale alla cui genesi intervengono fattori ambientali quali l'incremento ponderale, diete incongrue, inattività fisica che, interagendo con la predisposizione genetica, sono responsabili dell'insorgenza della malattia. La presenza di una importante componente genetica nella insorgenza del DM di tipo 2 è rafforzata dalla evidenza che esiste una concordanza nei gemelli monozigoti dell'80-90%, e dalla presenza di una elevata percentuale di insorgenza di diabete in figli di genitori entrambi diabetici. Il DM di tipo 2 è caratterizzato da anomalie fisiopatologiche:

1. insulino resistenza periferica: l'insulina ha una ridotta capacità di agire sui tessuti bersaglio, specie muscoli e fegato, alterando l'utilizzo del glucosio da parte dei tessuti insulino-sensibili e aumentando la gluconeogenesi epatica;

2. alterata secrezione insulinica: la secrezione di insulina inizialmente aumenta in risposta alla alterazione della secrezione di insulina. Il MODY e causato da un difetto genetico delle B-cellule e se ne distinguono

vari sottotipi di cui, il più frequente, è il MODY 2 associato a mutazione del gene della glucochinasi.

Il diabete mellito gestazionale è caratterizzato da una ridotta tolleranza glucidica che si sviluppa e viene riscontrata per la prima volta durante la gravidanza. Alterata tolleranza glucidi-



## SEGUE L'APPROFONDIMENTO

**ASSISTENZA  
ANZIANI**

maggio/giugno 2012

ca o iperglicemia sono una conseguenza della resistenza insulinica correlata alle alterazioni metaboliche dell'ultimo periodo della gravidanza che portano ad un incremento delle richieste di insulina. L'iperglicemia in molte donne si risolve subito dopo il parto ma le pone tra le persone ad alto rischio di sviluppare diabete di tipo 2. Per quanto concerne la diagnosi di diabete mellito l'American Diabetes Association ha stabilito nuovi criteri secondo cui viene definito diabetico colui che presenta almeno uno dei seguenti tre parametri:

- glicemia casuale > 200mg/dl associata ai classici sintomi del diabete quali poliuria, polidipsia, calo ponderale;
- glicemia a digiuno > 126mg/dl;
- glicemia 2 ore dopo OGTT ?200mg/dl.

Valori intermedi ai precedenti vengono identificati dall'ADA come sindromi borderline: parliamo di ridotta tolleranza al glucosio (IGT) quando due ore dopo l'OGTT i valori della glicemia sono compresi tra 140 e 199 mg/dl, e di alterata glicemia a digiuno (IFG) quando la glicemia a digiuno è compresa tra 110 e 125 mg/dl.

Il diabete è una condizione cronica che, se non trattata, provoca complicanze a breve e a lungo termine. Vengono distinte complicanze acute e complicanze croniche. Quelle acute sono rappresentate da:

- chetoacidosi diabetica: si osserva principalmente nei soggetti con DM di tipo 1. È caratterizzata da un aumento dei corpi chetonici nel sangue conseguente alla carenza assoluta di insulina e all'aumento degli ormoni controregolatori quali glucagone, catecolamine e cortisolo. Ne consegue una aumentata gluconeogenesi, una ridotta utilizzazione periferica di glucosio e una aumentata liberazione di acidi grassi dal tessuto adiposo che, nel muscolo e nel fegato vengono ossidati a corpi chetonici. Il quadro clinico e laboratoristico è caratterizzato da valori di glicemia molto elevati, pH e HCO<sub>3</sub> ridotti, iperchetonemia, disidratazione, respiro di Kussmaul, alito acetoneo, astenia, anoressia, nausea, vomito e alterazioni dello stato di coscienza fino al coma;

- sindrome iperglicemica iperosmolare: detta anche coma iperosmolare, caratterizzata da un aumento della osmolarità plasmatica e da marcata disidratazione in assenza di chetoacidosi. Si verifica solitamente nei pazienti anziani con diabete di tipo 2 in corso di infezioni gravi, ictus e infarto del miocardio. Il quadro clinico è caratterizzato da severa iperglicemia (>600ml/dl) responsabile della diuresi osmotica, deplezione del volume intravascolare, disidratazione, stato confusionale e coma;

- ipoglicemia: rappresenta la più frequente e temibile complicanza in un paziente diabetico in terapia insulinica o con ipoglicemizanti orali. Insorge quando i livelli di glucosio sono inferiori a 50 mg/dl e si manifesta con sintomi adrenergici quali sudorazione, tremore, palpitazioni, nervosismo e formicolii, oltre ai sintomi neuroglicopenici rappresentati da disturbi visivi, difficoltà di concentrazione, confusione, sonnolenza fino al coma.

Le complicanze croniche, invece, rendono ragione della elevata morbilità e mortalità del paziente diabetico e il rischio del loro sviluppo è strettamente correlato alla durata dell'iperglicemia. Possono essere distinte in complicanze vascolari e non vascolari. Quelle vascolari sono ulteriormente suddivise in:

- macrovascolari comprendenti la coronaropatia, la vasculopatia periferica e la malattia cerebrovascolare. Le malattie cardiovascolari rappresentano il primo Killer nei paesi occidentali e anche la prima causa di morte tra i pazienti diabetici di tutto il mondo. L'elevata frequenza impone, quindi, l'adozione di misure di prevenzione che prevedono uno stile di vita sano, un controllo glicemico ottimale e regolari controlli diagnostici e specialistici. L'American Heart

Association ha recentemente indicato il DM come uno dei maggiori fattori di rischio per malattia cardiovascolare insieme all'ipertensione, al fumo, all'iperlipidemia, all'obesità viscerale e alla sedentarietà. Tutti questi fattori concorrono alla formazione di placche aterosclerotiche che si localizzano principalmente a livello delle arterie degli arti inferiori, delle coronarie e delle carotidi con conseguente restringimento del calibro e riduzione del flusso sanguigno responsabile dell'insorgenza di arteriopatia periferica, infarto del miocardio e ictus cerebrale.

- microvascolari comprendenti la retinopatia, nefropatia e neuropatia. La retinopatia è una microangiopatia che colpisce i piccoli vasi della retina e rappresenta la principale causa di cecità nella popolazione generale compresa tra 20 e 70 anni. La gravità di questo problema è sottolineata dal fatto che gli indivi-

dui affetti da DM hanno una probabilità 25 volte superiore di diventare ciechi rispetto agli individui "sani". L'evoluzione è graduale: da una modesta retinopatia non proliferativa, caratterizzata da microaneurismi vascolari della retina e da emorragie puntiformi, si arriva alla retinopatia proliferativa caratterizzata da una neovascolarizzazione in corrispondenza del nervo ottico e/o della macula che possono ledersi facilmente determinando emorragie del vitreo, fibrosi e distacco retinico.

La nefropatia è responsabile di una buona percentuale di casi di insufficienza renale che esitano in uremia terminale. Si manifesta inizialmente con microalbuminuria (escrezione urinaria di albumina compresa tra 30 e 300 mg/24h) che, con il progredire della condizione morbosa, evolve in

(Continua a pagina 8)



(Continua da pagina 7)

macroalbuminuria (>300mg/24h). Si instaura, così, un quadro di nefropatia conclamata a cui si accompagna un progressivo declino della filtrazione glomerulare fino all'instaurarsi di una insufficienza renale terminale.

La neuropatia compare in circa il 50% dei casi di DM di tipo 1 e 2, e può manifestarsi come polineuropatia, mononeuropatia o neuropatia autonoma. La forma più comune di neuropatia diabetica è la Polineuropatia simmetrica distale che si manifesta con la perdita della sensibilità distale, perdita dei riflessi osteotendinei, iperestesia, parestesia, dolore solitamente presente a riposo e che peggiora di notte. E' presente inoltre anestesia dolorifica. La mononeuropatia si manifesta con dolore e debolezza motoria nel territorio di distribuzione di un singolo nervo cranico o periferico. La neuropatia autonoma è una disfunzione del sistema colinergico, noradrenergico e peptidergico che coinvolge diversi apparati tra cui il sistema cardiovascolare, gastrointestinale, genitourinario, sudoriparo e metabolico. Tra le manifestazioni cliniche della neuropatia autonoma notevole importanza clinica rivestono le alterazioni a carico del distretto cardiovascolare come la tachicardia e l'ipotensione arteriosa. I sintomi G.I. sono invece rappresentati dall'alternarsi di stipsi e diarrea, dalla gastroparesi (anoressia, nausea, vomito, senso di sazietà precoce e disturbi addominali) e da disfunzioni esofagee. Anche le alterazioni genitourinarie sono correlate alla neuropatia autonoma e comprendono la cistopatia e le disfunzioni sessuali.

La cistopatia è caratterizzata da un ritardato stimolo ad urinare con successiva dilatazione della vescica e perdita di urina a cui si associa un aumento della frequenza di infezioni. Le disfunzioni sessuali si manifestano in entrambi i sessi: nei maschi comprendono l'eiaculazione retrograda e la disfunzione erettile la cui frequenza aumenta con l'età e con la durata del diabete; nel sesso femminile è caratterizzata da ridotto desiderio sessuale, dispareunia e secchezza vaginale. Le manifestazioni a carico del sistema sudoriparo comprendono l'iperidratazione delle estremità superiori e l'anidrosi di quelle inferiori che favoriscono la secchezza cutanea, l'insorgenza di fissurazioni con aumento del rischio di ulcere. La neuropatia autonoma, infine, può ridurre la secrezione degli ormoni controregolatori determinando un'incapacità di avvertire appropriatamente i bassi livelli ematici di glucosio esponendo il paziente al rischio di grave ipoglicemia.

Le complicanze non vascolari, invece, comprendono disturbi come la gastroparesi, le disfunzioni sessuali e le alterazioni cutanee.

Nella classificazione delle complicanze croniche è necessario, naturalmente, porre estrema attenzione al piede diabetico, ad oggi considerata una delle più subdole alterazioni secondarie al Diabete Mellito di lunga data.

Sebbene svariate complicanze menzionate in precedenza, colpiscono seriamente, anche dal punto di vista economico, gli individui affetti da diabete, quelle che interessano il piede fanno pagare il tributo maggiore; il 40-70% di tutte le amputazioni delle estremità inferiori è correlata al diabete mellito. Ne consegue che le complicanze del piede rivelano un quadro piuttosto preoccupante. L'85% di tutte le amputazioni delle estremità inferiori legate al diabete è conseguenza di ulcere del piede. I fattori più importanti correlati allo sviluppo di ulcere del piede sono la neuropatia periferica, vasculopatia, microtraumi del piede e deformità. Molti individui affetti da diabete perdono la sensibilità a livello dei piedi, possono sviluppare deformità e possono non rendersi conto di ripetuti microtraumi e/o di lesioni cutanee a livello podalico. Molte ulcerazioni podaliche possono essere evitate grazie a regolari ispezioni del piede, e grazie alla possibilità dei pazienti di aver accesso a strutture specialistiche di prevenzione e cura del piede diabetico con personale altamente qualificato. Tuttavia, persino al giorno d'oggi la maggior parte dei pazienti diabetici non è sottoposta a regolari controlli delle estremità inferiori e non riceve cure appropriate. Una combinazione di più fattori rallenta il normale processo di guarigione di un'ulcera e può favorire l'insorgere di un'infezione o addirittura di una amputazione, con conseguente lunga degenza ospedaliera. Queste problematiche necessitano di un approccio di un gruppo multifattoriale e in genere multidisciplinare. Ecco perché si rende sempre più necessaria una maggiore sensibilità da parte degli operatori sanitari, per garantire lo sviluppo di nuovi sistemi di collaborazione e di cura. Il medico di base ed il diabetologo svolgono già un importante ruolo nella prevenzione delle complicanze attraverso la cura e l'educazione del paziente diabetico ma, anche, i podologi sono destinati ad occupare un ruolo sempre più di

CLASSIFICAZIONE DEL DIABETE MELLITO	
Diabete di tipo 1	-immuno-mediato -idiopatico
Diabete di tipo 2	-con predominante insulino-resistenza -con predominante insulino-deficienza
Altri tipi specifici di diabete	-difetti genetici della funzione delle B-cellule -difetti genetici dell'azione dell'insulina -malattie del pancreas esocrino -endocrinopatie -indotto da farmaci o sostanze tossiche -infezioni -forme rare di diabete immunomediato -altre sindromi genetiche talvolta associate al diabete
Diabete gestazionale	

spicco nell'evitare l'insorgenza e la progressione di lesioni spesso devastanti. Il podologo è un professionista laureato che si occupa della prevenzione, della cura e della riabilitazione degli stati algici del piede in età adulta, pediatrica e geriatrica. Nelle sue competenze rientrano il trattamento e le asportazioni incruente di tessuti ipercheratosici, la cura delle patologie ungueali (onicocriptosi, onicogrifosi, onicomicosi, onicolisi, onicofosi), la riabilitazione del passo con l'utilizzo di presidi ortesici plantari e/o siliconici digitali di derivazione podologica e/o posturologica. Svolge, inoltre, anche un attento esame strumentale attraverso l'ausilio della pedana baropodometrica per valutare le alterazioni dell'appoggio plantare in fase statica e in dinamica oltre che i deficit posturali. Una volta ottenute tutte le informazioni necessarie procede con la formulazione e la relativa realizzazione del piano terapeutico (terapia ortesica plantare, ortesi siliconiche digitali). Nel trattamento del piede diabetico l'azione del Podologo mirerà ad agire sulle problematiche già in atto e ad evitare il manifestarsi di quelle ancora non verificatesi.

Antonio Pacilio  
Presidente Società Italiana  
di Podologia - S.I.Po. .

Da "Assistenza anziani" Magg/Giu 2012





## DETRAIBILITÀ PRESTAZIONI TECNICO ORTOPEDICO: FINALMENTE RISOLTO OGNI DUBBIO INTERPRETATIVO

L'Agenzia delle Entrate con la circolare n. 19/E del 1° giugno 2012 ha rivisto la posizione assunta con la 39/E del 1° luglio 2010, che subordinava alla prescrizione medica la possibilità di detrarre le spese sostenute per le prestazioni fisioterapiche.

Al cittadino sarà ora consentita la detraibilità di tali spese, allegando la sola parcella o quietanza del professionista da cui risulti la prestazione eseguita.

Ricordiamo che la detraibilità delle prestazioni del fisioterapista, come delle altre Professioni sanitarie e tra queste del Tecnico ortopedico, è stata sancita dal collegato alla finanziaria del 2000, dove è stata introdotta la detraibilità fiscale per le cosiddette prestazioni di "assistenza specifica".

Il resoconto stenografico dell'Assemblea (seduta n. 779 del 28 luglio 2000) riporta la risposta di chiarimento dell'allora Sottosegretario di Stato per le finanze, On. Natale D'Amico, che conferma che in tale definizione devono essere comprese le prestazioni erogate dalle Professioni sanitarie normate, allora dalla Legge 42/99 e ora elencate nel D.M. 29 marzo 2001.



### Circolare n. 19/E del 1° giugno 2012

#### **2.2 Prestazioni rese dagli operatori abilitati all'esercizio delle professioni elencate nel D.M. 29 marzo 2001**

**D.** Alcune associazioni di operatori rientranti nelle "professioni sanitarie riabilitative" individuate dall'articolo 3 del decreto ministeriale 29 marzo 2001 chiedono di rivedere l'orientamento espresso con circolare 1° luglio 2010, n. 39/E, al par. 3.2, secondo cui le prestazioni sanitarie rese dai propri iscritti rientrano tra le prestazioni sanitarie detraibili di cui all'articolo 15, comma 1, lettera c), del TUIR, purché prescritte da un medico; ciò in quanto le disposizioni regolanti le attività professionali dei propri iscritti consentono di operare anche in autonomia rispetto alla prescrizione medica.

**R.** Con circolare 1° luglio 2010, n. 39/E, par. 3.2, confermando precedenti orientamenti di prassi, è stato precisato che le prestazioni sanitarie rese dalle figure

professionali individuate dall'articolo 3 del decreto ministeriale 29 marzo 2001, e, in via generale, da personale abilitato dalle autorità competenti in materia sanitaria, rientrano tra le prestazioni sanitarie detraibili di cui all'articolo 15, comma 1, lettera c), del TUIR, purché prescritte da un medico.

Il vincolo alla prescrizione medica è richiesto al fine di ammettere alla detrazione d'imposta di cui all'articolo 15, comma 1, lettera c), del TUIR solo le spese sostenute per prestazioni legate ad effettive finalità sanitarie, evitando così possibili abusi della detrazione.

Pervenuta la richiesta di rivedere tale orientamento, la scrivente ha ritenuto opportuno interpellare il Ministero della Salute che, sul punto, ha osservato che i decreti istitutivi delle figure professionali individuate dall'art. 3 del dal DM 29 marzo 2001 non sempre subordinano l'erogazione della prestazione alla prescrizione medica e che per poter stabilire se una determinata attività professionale è soggetta o meno a prescrizione medica occorre far riferimento al relativo profilo professionale. Il Ministero ha fatto presente, altresì, che l'evoluzione delle professioni sanitarie ha portato ad una progressiva autonomia ed assunzione di responsabilità dirette dei professionisti e che la natura sanitaria di una prestazione non può essere definita sulla base del fatto che la stessa sia erogata a seguito di una prescrizione medica. Per questo motivo il decreto del Ministro della salute di concerto con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 17 maggio 2002 non prevede più l'obbligo della prescrizione medica ai fini dell'esenzione dall'imposta sul valore aggiunto.

Al riguardo, tenuto conto delle precisazioni fornite dal Ministero della salute, si ritiene che possano essere ammesse alla detrazione d'imposta di cui all'articolo 15, comma 1, lettera c), del TUIR le spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese alla persona dalle figure professionali elencate nel decreto ministeriale 29 marzo 2001, anche senza una specifica prescrizione medica. Ai fini della detrazione, dal documento di certificazione del corrispettivo rilasciato dal professionista sanitario dovranno risultare la relativa figura professionale e la descrizione della prestazione sanitaria resa.



### 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



## TRE MILIONI DI PAZIENTI LASCIANO GLI STUDI

L'ultima rilevazione periodica dell'Istituto Key-Stone conferma quanto emerso nelle ultime indagini, cioè un ulteriore e progressivo calo di pazienti denunciato dai dentisti italiani nel corso del 2011, che si aggiunge alle riduzioni del 2009 e 2010, già segnalate nel passato da Il Sole-24 Ore Sanità.

La ricerca, basata nuovamente su un campione di 1.000 dentisti, presenta risultati non molto diversi da quelli degli ultimi tre anni: nell'autunno 2011 circa il 30% dei dentisti denunciava un calo di accessi (stimato intorno al 18%), solo parzialmente compensato dal 14% dei professionisti che dichiara un recupero nel numero medio di pazienti (stimato intorno al 12%). Il risultato complessivo è poco confortante: - 3% di riduzione ponderata nel numero di pazienti.

Questo calo dichiarato si va ad aggiungere al -4% del 2010 e al -7% del 2009. Con una riduzione complessiva dall'inizio della crisi stimato in -14%: cioè circa 3 milioni di pazienti in meno per gli studi dentistici privati italiani. Conforta parzialmente notare che una parte dei dentisti è in controtendenza e vale la pena di annotare come, ancora una volta, siano gli studi odontoiatrici di più recente apertura o quelli più grandi e strutturati con almeno 3 poltrone a marcare un lieve recupero.

Naturalmente una minore frequentazione dello studio dentistico potrebbe far pensare a un miglioramento generalizzato della salute odontoiatrica, ma è assai più probabile una riduzione forzata degli accessi a causa della crisi economica e sociale, nonché una scarsa capacità di comunicare e stimolare la domanda da parte degli studi privati. La crisi non è quindi solo di domanda: la riduzione degli accessi in una parte degli studi potrebbe essere anche addebitata alla qualità dell'offerta, intesa come capacità di risposta alla situazione recessiva con un adeguato mix di prestazioni, servizi e prezzi.

Questa ipotesi è avvalorata dalla grande eterogeneità di performance economiche degli studi dentistici. Gli ambulatori che hanno avuto incremento sono generalmente quelli meglio organizzati

o condotti da dentisti più giovani e quindi in fase di espansione. Il fenomeno è tipico di mercati in cui la qualità dell'offerta è in grado di generare domanda, in quanto se il calo degli accessi fosse dovuto esclusivamente alla crisi in atto - peraltro ormai divenuta una situazione strutturale di ristagno o crescita ridotta con la quale dovremmo probabilmente convivere per anni - la crisi dei dentisti sarebbe stata trasversale e avrebbe colpito una porzione di gran lunga più estesa di studi odontoiatrici.



In sintesi, secondo quanto dichiarato da oltre 3.000 dentisti (integrazione di tre ricerche periodiche e ripetute), il calo complessivo di pazienti dal 2009 si colloca tra il -12% e il -15%. Ma la riduzione di pazienti negli studi pri-

vati provoca senz'altro una contrazione dei ricavi di gran lunga maggiore, poiché, come poi analizzato, sono state le terapie più costose a subire un vero e proprio tracollo.

**Laboratori odontotecnici in forte crisi.** Se parte dei dentisti lamenta una riduzione di pazienti, la situazione è più negativa per gli odontotecnici, e ciò è dimostrato dal pessimo andamento della produzione di protesi, segnalata da un campione di oltre 650 laboratori intervistati nel mese di dicembre 2011.

In questo caso la riduzione è generalizzata, poiché colpisce oltre il 70% dei laboratori con un calo del 29%, e porta a una riduzione di produzioni protesiche del -19%. Anche questo comparto viene analizzato in modo continuativo e, considerando le ultime tre ricerche, la riduzione è del 34% dal 2009 al 2011. Un terzo in meno di protesi in tre anni, secondo quanto affermato dagli odontotecnici.

Considerando la forte incidenza della protesi nel conto economico dello studio dentistico, è facile immaginare l'impatto negativo e sinergico dei due fattori: il calo degli accessi e la scontata riduzione del valore medio della prestazione a causa della minore incidenza della protesi.

Ma meno ricavi per i dentisti e meno protesi prodotte significano, di fatto, privazioni e difficoltà a curarsi per i cittadini. Occorre quindi guardare anche

ai pazienti che probabilmente si trovano a dover rinunciare alle terapie più costose e alla protesità per un'oggettiva riduzione della possibilità di spesa. Senza nulla togliere ai costi effettivi del dentista che contribuiscono in modo notevole alla composizione del prezzo, tariffe alla mano, una sola corona in ceramica può costare come uno stipendio di un operaio o di un impiegato.

È in questo contesto che stanno prendendo piede due importanti fenomeni: l'"odontoiatria di capitale", che alcuni chiamano "commerciale" e un'offerta pubblica o semi-pubblica sempre più efficace, organizzata e competitiva.

**L'offerta tra dentisti privati, pubblici e società di capitale.** Va considerato che le ricerche in oggetto, ma anche tutti gli studi e sondaggi pubblicati negli ultimi anni, hanno analizzato il mondo dei quasi 37.000 centri odontoiatrici privati italiani, che ospitano circa 58.000 dentisti, e le tendenze sono state misurate basandosi sul dichiarato di quest'ultimi.

Occorre quindi valutare il fenomeno anche attraverso misurazioni più oggettive, come gli effettivi consumi del comparto in termini di prodotti di uso quotidiano del dentista. Ebbene, anticipiamo che i consumi del settore dentale non calano proporzionalmente ai tassi medi di riduzione riscontrati tra i dentisti privati. Ci sono quindi altri canali di offerta di prestazioni che probabilmente stanno parzialmente compensando l'abbandono del tradizionale studio dentistico, spesso monoprofessionale.

Sono ormai diverse le strutture pubbliche, le aziende ospedaliere e le Università che stanno erogando prestazioni di qualità a prezzi maggiormente accessibili. Strutture che affrontano il mercato con modelli di eccellenza, spesso senza pesare economicamente sulla collettività e, anzi, riuscendo a rendere virtuoso il conto economico pur proponendo livelli di prezzo vantaggiosi.

Senza entrare nel merito di una questione socio-previdenziale, consistente nel valutare se esistono concrete possibilità di offrire una buona assistenza odontoiatrica ai meno abbienti, è indubbio sottolineare che un comparto composto da microstrutture (il 75% degli studi dentistici ha una o due poltrone) non può oggettivamente essere efficiente. I costi fissi rischiano di incidere tanto da non consentire possibilità di manovra

(Continua a pagina 11)

Il Sole-24 ORE  
**Sanità**

n. 20 del 22 maggio 2012



## TROPPI DENTISTI, URGE CERTIFICAZIONE PER ACCESSO ALL'ORDINE

DoctorNews33  
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 26 giugno 2012

Troppi dentisti in Italia: sono 59mila, vale a dire uno ogni 900 abitanti, quando secondo l'Organizzazione mondiale della sanità dovrebbero essere uno ogni 2000 abitanti. Inoltre, poiché molti hanno una formazione universitaria conseguita all'estero che spesso offre corsi di studi più brevi, urge una certificazione della qualità professionale da parte degli Ordini. Sono queste alcune tematiche sollevate dal presidente della Commissione albo odontoiatri, **Giuseppe Renzo**, in un'intervista a "[Media-Medici in azione](#)", rivista della Federazione degli ordini dei medici. «Nelle università italiane si formano circa 800 studenti per anno accademico» spiega Renzo «mentre ogni anno le nuove iscrizioni agli albi sono 1.500. Molte università di paesi comunitari stanno formando migliaia di studenti italiani che, nel rientrare nel nostro paese, chiederanno l'iscrizione all'Albo, nonostante nessun esame di abilitazione abbia potuto verificare l'adeguatezza della formazione. In molti di questi paesi la formazione dura cinque e non sei anni, come in Italia, ed è quindi difforme dalla nostra. Solo all'università in Madrid ci sono 1.500 studenti italiani». Inoltre, alcuni atenei italiani, come riferisce Renzo, «avrebbero sottoscritto protocolli con università albanesi per corsi di laurea in odontoiatria che accolgono anche nostri connazionali, eludendo la programmazione

nazionale. Siamo anche venuti a conoscenza dell'istituzione in Albania di scuole di specializzazione in materie odontoiatriche istituite, sembra, ad hoc proprio per cittadini italiani». L'intervento urgente da fare è sulla certificazione della qualità professionale che dovrebbe essere fatta dagli ordini all'iscrizione agli Albi, mentre oggi l'iscrizione è un ricono-

scimento successivo all'esame di abilitazione. «Tale verifica» conclude «è del tutto inesistente per i laureati di molti paesi dove esistono corsi di laurea frequentati da cittadini italiani e che non richiedono un esame di abilitazione finale. Chiediamo dunque immediati correttivi, tra cui un serio esame di abilitazione».



31.05.2012 - CORTE DI CASSAZIONE – PENALE

### RECLUSIONE PER IL DENTISTA CHE CONSENTA L'ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE

#### Il fatto

Con sentenza del 2008, il Tribunale di Trieste, all'esito di giudizio abbreviato, ha condannato un odontotecnico e l'odontoiatra titolare dello studio alla pena di due mesi e venti giorni di reclusione, il primo per esercizio abusivo della professione, il secondo per aver concorso nel reato.

La Corte d'Appello di Trieste, a seguito di impugnazione, ha confermato la sentenza di primo grado.

#### Il diritto

La Suprema Corte, chiamata a pronunciarsi sulla vicenda, relativamente alla posizione dell'odontoiatra ha osservato che risponde, a titolo di concorso, del delitto di esercizio abusivo di una pro-

fessione, chiunque consenta o agevoli lo svolgimento, da parte di persona non autorizzata, di una attività professionale, per la quale sia richiesta una speciale abilitazione dello Stato. Nella vicenda specifica si è accertato che il dentista era a conoscenza della attività abusiva svolta dal suo collaboratore avendo proceduto personalmente alla prescrizione dell'antibiotico dopo un intervento eseguito dall'odontotecnico.

#### Esito del giudizio

La Corte di Cassazione ha rigettato il ricorso.

*Avv. Ennio Grassini*



## SEGUE TRE MILIONI DI PAZIENTI LASCIANO GLI STUDI

(Continua da pagina 10)

sulla politica dei prezzi per avvicinare l'offerta alle rinnovate capacità economiche della popolazione. Perlomeno di una parte di essa. In un contesto di questo tipo sono solo gli studi dentistici più grandi e strutturati e le società di capitale che erogano prestazioni odontoiatriche, a poter intervenire sulla leva prezzo senza erodere la marginalità complessiva, grazie a economie di scala e a un più efficiente sistema di gestione. Questo trend è già in atto, lo dimostra non solo il riprodursi e l'espandersi di piccoli o grandi modelli imprenditoriali odontoiatrici, ma anche l'offerta sempre più concreta di enti (pubblici, semi-pubblici, universitari ecc.) che si pongono in concorrenza alla libera professione e si accostano

maggiormente alle esigenze dei cittadini.

Se la qualità complessiva delle prestazioni rimane più che accettabile, è chiaro che il fenomeno diverrà sempre più importante. Questo trend, qualora si sviluppasse ulteriormente, tende peraltro a instaurare un circolo vizioso che porta a una inevitabile riduzione dei pazienti dello studio monoprofessionale, con un conseguente ulteriore aumento dell'incidenza dei loro costi fissi e un progressivo allontanamento dalla possibilità di competere.

Altro tema è quello dei grandi centri organizzati in forma imprenditoriale e il nuovo fenomeno della cosiddetta "odontoiatria commerciale", come le catene in franchising o studi multi-sede, vera novità degli ultimi anni rispetto alla

quale c'è da augurarsi che la qualità della prestazione sia effettivamente garantita.

In particolare, il modello di odontoiatria commerciale organizzata in catene, pur non superando i 200 centri, si sta affermando attraverso sistemi e canali di comunicazione anche importanti e, pur non essendo ancora capillarmente diffusa, sta sensibilizzando la popolazione alla cura della bocca indirizzando il cittadino a rivolgersi a strutture più "anonime", saltando l'antico rapporto fiduciario medico/paziente in favore di un ipotetico miglior rapporto servizi/prezzo.

**Roberto Rosso**  
*Presidente Key-Stone*



## 04.01.2006 - CORTE DI CASSAZIONE

### CONTRIBUTO CAUSALE DEL DENTISTA AD ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE



**Non appare irragionevole sostenere che, allorché un medico dentista presti il suo consenso affinché uno studio di proprietà di altri (nella specie un igienista dentale) appaia come studio a lui intestato, tale intestazione costituisca oggettivamente un contributo che agevola l'esercizio abusivo della professione odontoiatrica nel locale de quo; la eventuale consapevolezza di tale esercizio rappresenta l'elemento psicologico di un concorso**

Sentenza n. 9062/05

#### Svolgimento del processo

Con la sentenza indicata in epigrafe, la Corte d'Appello di Ancona, in parziale riforma della decisione del Tribunale, riteneva Marco G. responsabile del reato di esercizio abusivo della professione di odontoiatra e, esclusa l'aggravante del decorso della malattia, dichiarava non doversi procedere nei suoi confronti per il reato di lesioni volontarie in danno di Michele V., estinto per prescrizione.

Assolveva Eda P. per non aver commesso il fatto dal reato di concorso in esercizio abusivo ascritto al G.

Contro tale pronuncia ricorre il G. che deduce la nullità del procedimento d'appello in quanto la notifica del decreto di citazione è stata effettuata nella residenza anagrafica e non nel domicilio eletto.

Ricorre la parte civile Michele V. che, nei confronti del G., lamenta violazione di legge e vizio di motivazione della sentenza, nella parte in cui, per il reato di lesioni volontarie, ha escluso l'aggravante di aver provocato una malattia superiore a quaranta giorni. Del tutto avulso dalle risultanze processuali sarebbe poi l'aver ritenuto estinto per prescrizione tale reato di lesioni. Logicamente viziata sarebbe poi la decisione ove ha escluso un contributo causale della P. al reato di esercizio abusivo.

In prossimità dell'udienza la P. ha fatto pervenire una memoria.

#### Motivi della decisione

E' fondato il ricorso del G. Conformemente a quanto in esso sostenuto, risulta dagli atti che il ricorrente, sin dalla fase delle indagini, aveva dichiarato il proprio domicilio in Ancona via Esino n. 64, cosa che del resto in primo grado era stata rappresentata dal p.m. il 3 febbraio 2003. Ed è perciò nulla la notificazione dell'avviso della citazione in appello, fatto a mezzo posta nella residenza anagrafica di Falconara via Sardegna n. 35, per un'udienza nella quale l'imputato, non comparso, è stato dichiarato contumace.

La nullità della decisione rispetto al G. assorbe i motivi di ricorso della parte civile avverso la stessa sentenza e nei confronti dell'imputato.

Fondato è invece il ricorso agli effetti civili della parte civile avverso la stessa sentenza nei confronti di Eda P., laddove costei è stata assolta dal reato di esercizio abusivo della professione di odon-

toiatra per non aver commesso il fatto.

Risulta dalla motivazione della pronuncia che la P., medico dentista, aveva acconsentito affinché lo studio di proprietà del G., igienista dentale, apparisse come studio dentistico a lei intestato. Ed allora è irragionevole sostenere che simile intestazione non costituisca oggettivamente un contributo che agevola l'esercizio abusivo della professione odontoiatrica da parte del G. nello stesso locale e che un'eventuale consapevolezza della P. di tale esercizio rappresenterebbe soltanto una connivenza e non l'elemento psicologico di un concorso.

Poiché peraltro anche la posizione della P. dipende in primo luogo dall'accertamento del reato nei confronti del G., anche la definizione della domanda nei suoi confronti è rimessa al giudice del rinvio.

**P.Q.M.**

#### LA CORTE DI CASSAZIONE

in accoglimento del ricorso di G., annulla l'impugnata sentenza e rinvia alla Corte d'Appello di Perugia per nuovo giudizio.

Rimette alla stessa Corte d'Appello la decisione della domanda della parte civile verso il G. In accoglimento del ricorso della parte civile nei confronti di P. annulla agli effetti civili l'impugnata sentenza nei confronti della medesima P. e rinvia alla stessa Corte d'Appello di Perugia per nuovo giudizio.

Così deciso in Roma, il 10 febbraio 2005.

Depositato in Cancelleria il 8 marzo 2005



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)