

Numero 2, aprile 2013



### MA CHI HA DETTO CHE IL SSN NON È SOSTENIBILE?

Il Servizio sanitario nazionale è realmente non sostenibile? Oppure c'è chi sta soffiando sul fuoco della crisi per smantellarlo? Sono ormai in molti a dubitare degli allarmi reiterati sul rischio default. Le professioniste che hanno aderito al movimento "Se non ora quando Sanità" (tra cui chi scrive), che si batte per la tutela del Ssn e del modello universalistico, stanno sollecitando un'operazione verità. E il 31 gennaio, al San Camillo di Roma, hanno invitato per fare chiarezza Giovanni Bissoni, presidente Agenas ed ex assessore alla Sanità in Emilia Romagna, e Nerina Dirindin, docente di Economia pubblica all'Università di Torino ed ex assessore alla Sanità in Sardegna (che è anche candidata Pd per il Senato in Piemonte).

Gli equivoci sono tanti. «Nella famosa lettera della Bce al Governo italiano non si parlava di Sanità», ha esordito Bissoni. «Le tabelle dell'Ocse ci dicono chiaramente che l'Italia spende meno dei Paesi europei con cui siamo abituati a confrontarci. La Corte dei conti ha certificato che la spesa sanitaria non è più fuori controllo e che il Ssn è il settore della Pa che più si è organizzato per governare la spesa. Il problema della sostenibilità non nasce da dati oggettivi interni al sistema sanitario, ma dall'equilibrio complessivo dei conti dello Stato». Qui sta il punto. Se certamente «ogni settore è chiamato a dare il suo contributo», dietro la stretta sulla Sanità (circa 31 miliardi in meno soltanto dal 2010 al 2015) «c'è altro: soffiando sulla crisi, qualcuno spinge sull'idea che l'Europa debba ripensare i propri mo-

delli di welfare. C'è un pensiero forte, nell'ambito del mercato, secondo cui lo Stato deve liberarsi di una parte della spesa pubblica, Sanità compresa». Sulla stessa lunghezza d'onda Dirindin, che ironizza: «Rispetto alla Germania lo spread è positivo: per la Sanità spendiamo 2,5 punti sul Pil in meno. Ma questo significa anche oltre 35 miliardi di euro l'anno di minore fatturato in meno per l'industria della salute, che forse sono una ragione sufficiente per dire che il sistema va cambiato. E poi l'intermediazione finanziaria e assicurativa non si dà pace di non poterci mettere le mani sopra». Lettura non confortante, che rende la partita della salute decisiva per il prossimo Governo. «La storia e le evidenze - ha detto l'esperta - ci dicono che cedere porta a una Sanità a due binari: uno per i ricchi e uno per i poveri. La nostra generazione ha avuto in dono un Ssn finanziato dalla fiscalità generale: non possiamo lasciare ai nostri figli un sistema più iniquo».

Considerare quanto meno allarmistici, se non strumentali, i moniti sull'insostenibilità del Ssn aiuta a rivedere la questione sotto una luce diversa. Si prendano l'invecchiamento della popolazione e le nuove tecnologie, agitati come prove della futura insostenibilità: «Possiamo innovare il sistema e governarlo - è convinto Bissoni - per rendere l'impatto di questi cambiamenti meno dirompente di quello che vorrebbero farci credere». E se pure il giudizio sul federalismo, foriero di disuguaglianze, diverge - Bissoni contesta semmai la cattiva applicazione della riforma del Titolo V in alcune

#### Sommario:

Ma chi ha detto che il SSN non è sostenibile?	1
Colpa lieve depenalizzata	2
Sanità privata, "no" ai lacci	3
Mancata sollecitazione consenso informato e anamnesi	3
Personale del SSN in calo continuo	4
Terme, la crisi incide sulle cure. L'esperto: serve più ricerca	5
Emilia Romagna, approvate le linee di intervento sulla sanità	5
L'approfondimento Il censimento 2012 degli ottici italiani	6
Più salute nel fondo sociale UE	7
Il doppio canale formativo del massofisioterapista	8
Intesa fisioterapisti-laureati scienze motorie	8
Antitrust, istruttoria su farmaci oftalmici	9
Carenza di marcatura CE: c'è violazione degli art. 515 e 517 codice penale	9
Pagamenti-lumaca, un nodo ancora da sciogliere	10
Ai contratti tra ASL e strutture sanitarie si applica il D.Lgs. 231/02 sugli interessi da ritardato pagamento	10
Pagamenti, direttiva in salita	11
Le nuove competenze degli infermieri	12



## COLPA LIEVE DEPENALIZZATA

24 ORE  
**Sanità**

n. 4 del 5 febbraio 2013

### Salvi i medici che seguono linee guida e buone pratiche accreditate

Non ha più rilevanza penale la condotta del medico connotata da colpa lieve quando si colloca «all'interno dell'area segnata da linee guida o da virtuose pratiche mediche, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica». Lo ha stabilito la quarta sezione penale della Cassazione (presidente Carlo Brusco) con una «notizia di decisione» (la sentenza, del 29 gennaio, non è ancora stata depositata).

La questione sottoposta alla Suprema Corte era se l'articolo 3 della legge Balduzzi (n. 189/2012) abbia determinato la parziale abrogazione delle fattispecie colpose «commesse dagli esercenti le professioni sanitarie». E la risposta di Piazza Cavour è stata affermativa, con la conseguente applicazione del principio del «favor rei» (art. 2 Cp): le nuove norme si applicano cioè anche ai casi pendenti. La Cassazione ha così annullato con rinvio la condanna per omicidio colposo inflitta a un chirurgo che, effettuando un intervento di ernia del disco, aveva leso i vasi sanguigni del paziente provocando un'emorragia fatale. Al giudice di merito è stato chiesto di riesaminare il caso per verificare se esistono linee guida o pratiche mediche accreditate relative all'atto chirurgico in questione, se l'intervento si sia mosso entro i confini segnati dalle direttive e, in caso positivo, se nell'esecuzione vi sia stata colpa lieve o grave. La pronuncia è stata salutata con favore dal mondo medico, anche se sono in molti a chie-

dere di più. Per il presidente Fnom, Amedeo Bianco, e per il segretario Anaa, Costantino Troise, ad esempio, si pone il problema da un lato di accreditare le linee guida e, dall'altro, di definire in modo unitario il concetto di «virtuose pratiche mediche». Non solo: sia l'Anaa sia il Sumai sollecitano una legge che regolamenti la responsabilità medica «in una logica di sistema». E la Fp Cgil medici minimizza: «La decisione è soltanto un atto dovuto che non risolve il problema vero: l'aumento esponenziale delle denunce strumentali alimentate dalle campagne pubblicitarie di chi vuole speculare sulla salute dei cittadini e sulla professionalità dei medici».

Il Ministro della Salute, Renato Balduzzi, si prende la rivincita nei confronti dei detrattori della legge e gongola: «È il primo passo verso una maggiore serenità nello svolgimento delle prestazioni sanitarie». Più diversificata la lettura dei «tecnici». Il penalista Luigi Isolabella è convinto che la sentenza, rimarcando il valore delle linee guida, permette di uscire dalla «discrezionalità totale» e «consente di non strumentalizzare l'azione penale» nei confronti dei medici per ottenere risarcimenti. Più restrittiva l'interpretazione di Gianfranco Iadecola, ex giudice di Cassazione, secondo cui «la depenalizzazione vale soltanto per il vizio di imperizia, sempre che non sia grave, e non anche per imprudenza o negligenza (come la dimenticanza di una garza), per le quali continua a rilevare ogni tipo di colpa: se così non fosse la norma si esporrebbe a censure di incostituzionalità». L'impatto sul contenzio-

so e sui costi assicurativi è comunque da valutare, dice Dario Focarelli, direttore generale Ania. E Maurizio Maggiorotti, presidente di Amami, l'associazione per i medici accusati ingiustamente di malpractice, mette in guardia dall'«effetto boomerang»: «Ora che è stata introdotta la distinzione tra colpa grave e colpa lieve gli avvocati tenderanno a dimostrare in tutti i casi la colpa grave del medico ospedaliero e in questo caso i medici eventualmente condannati saranno chiamati dalla Corte dei conti a risarcire l'Erario per importi enormi».

**Manuela Perrone**

Continua da pagina 1

## MA CHI HA DETTO CHE IL SSN NON È SOSTENIBILE?

(Continua da pagina 1)

Regioni; Dirindin invece ritiene necessario un ruolo più forte del Governo centrale - entrambi concordano su un punto: se ci si rimbecca le maniche per attuare quanto è già scritto nelle leggi e nella Costituzione il più è fatto. Se vince la politica che sa programmare, che sa avvalersi delle competenze dei tecnici, che risponde dei suoi comportamenti, allora la musica può cambiare. «Ma

serve un po' di schiena dritta da parte di tutti», ha ammonito Bissoni. «E bisogna mettere in piedi una generazione di piani di rientro diversi da quelli attuali, che sono tagliati unicamente per avere la massima resa finanziaria nel minor tempo possibile».

Insomma: le strade ci sono, se c'è la volontà di percorrerle. «Di fronte alla crisi - dice Maura Cossutta, del comitato fondatore di Smaq Sanità - le scelte ope-

rate fin qui rilegittimano ricette fallimentari e svuotano principi, diritti e conquiste che sembravano irrinunciabili. Ma il modello pubblico e universalistico è una conquista che non dobbiamo perdere e che ci possiamo permettere. Se non ora, quando?».

**Manuela Perrone**

24 ORE  
**Sanità**

n. 4 del 5 febbraio 2013

## Sanità

n. 4 del 5 febbraio 2013

### SANITA' PRIVATA, "NO" AI LACCI

Non si può negare l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie senza verificare il fabbisogno di assistenza. Altrimenti il "no" si traduce in un danno alla libertà d'impresa. La terza sezione del Consiglio di Stato (decisione n. 550/2013 del 29 gennaio) ha accolto l'appello di una casa di cura privata che aveva chiesto alla Regione Lazio l'autorizzazione per creare un nucleo Alzheimer con venti posti letto nonché per ampliare e aprire al pubblico servizi di diagnosi e cura ambulatoriali.

Il Tar Lazio aveva giudicato illegittimo il silenzio-inadempimento della Regione. Il commissario ad acta aveva poi respinto la richiesta sostenendo che per i servizi di diagnosi e cura «sussisteva la sufficienza delle strutture provvisoriamente accreditate a corrispondere al fabbisogno regionale» e che per il nucleo Alzheimer una delibera del 2010 aveva sospeso gli adempimenti relativi alla verifica di compatibilità con il fabbisogno. Motivazioni bocciate dal Consiglio di Stato. La norma di riferimento è l'articolo 8-ter del Dlgs 502/1992, in base al quale l'autorizzazione è condizionata alla verifica di compatibilità da parte

dell'amministrazione. Ma questa regola, alla luce degli articoli 32 e 41 della Costituzione, non può risolversi «in uno strumento ablativo delle prerogative dei soggetti che intendano offrire, in regime privatistico mezzi e strumenti di diagnosi, di cura e di assistenza sul territorio».

La decisione richiama il rischio, segnalato dall'Antitrust, che «una politica di contenimento dell'offerta sanitaria» si possa tradurre «in una posizione di privilegio degli operatori già presenti sul mercato». Trattandosi di mere autorizzazioni, definisce «irrilevanti» i criteri di contenimento della spesa. Conta altro. E infatti un regolamento del 2007 impone alla Regione una cadenza trimestrale nell'esame delle richieste di autorizzazione. Cadenza non rispettata dal Lazio. Il provvedimento va quindi annullato. Ma «non si potrà poi sostenere - ammonisce Palazzo Spada - che per effetto della conseguita autorizzazione la parte interessata acquisisca alcun titolo o aspettativa a partecipare alla ripartizione del budget del servizio pubblico».

*M.Per.*



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

**BREVIGLIERI CRISTINA (CNA Bologna)**

Tel. 051 299287

**CAVINI SALVATORE (CNA Imola)**

Tel. 0542 632611

**FREGNI AZIO (CNA Modena)**

Tel. 059 418573

**GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)**

Tel. 0521 227280

**IOLI LUCA (CNA Rimini)**

Tel. 0541 787967

**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



### MANCATA SOLLECITAZIONE CONSENSO INFORMATO E ANAMNESI

#### Il fatto

La Corte d'Appello di Bologna, in riforma di una pronuncia del Tribunale di Piacenza, ha assolto dal delitto di lesioni personali, il medico che, secondo l'imputazione, per colpa consistita in negligenza imprudenza e imperizia, all'esito dell'intervento chirurgico maxillo-facciale, si riteneva avesse procurato alla paziente lesioni personali gravissime quali la deformazione permanente del viso e della respirazione, secondo quanto ritenuto dal Giudice di primo grado, in difetto di una corretta valutazione degli esiti dell'operazione chirurgica e con omissione di una corretta informazione circa le possibili conseguenze negative del trattamento poi effettivamente intervenute.

La sentenza assolutoria è stata impugnata agli effetti civili.

#### Il diritto

Il giudizio sulla sussistenza della colpa non presenta differenze di sorta a seconda che vi sia stato o no il consenso informato del paziente, con la precisazione che non è di regola possibile fondare la colpa sulla mancanza di consenso, perché l'obbligo di acquisire il consenso informato non integra una regola cautelare la cui inosservanza influisce sulla colpevolezza, essendo l'acquisizione del consenso preordinata a evitare non già fatti dannosi prevedibili (ed evitabili), bensì a tutelare il diritto alla salute e, soprattutto, il diritto alla scelta consapevole in relazione agli eventuali danni che possano derivare dalla scelta terapeutica in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. E ciò salvo che la mancata sollecitazione di un consenso informato abbia finito con il determinare, mediatamente, l'impossibilità per il medico di conoscere

le reali condizioni del paziente e di acquisire un'anamnesi completa; in questo caso, il mancato consenso rileva come elemento della colpa non direttamente, ma come riflesso del superficiale approccio del medico all'acquisizione delle informazioni necessarie per il corretto approccio terapeutico.

#### Esito del giudizio

La sentenza è stata annullata agli effetti civili.



**Avv. Ennio Grassini**  
[www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)



## PERSONALE DEL SSN IN CALO CONTINUO

QUOTIDIANO  
**Sanità**

n. 1 del 15 gennaio 2013

### In un anno 6mila dipendenti in meno - I medici si riducono di 1.741 unità, i primari di 426

In un anno - tra il 2010 e il 2011 - il Servizio sanitario nazionale ha perso 6.044 unità di personale, di cui 5.849 uomini e "solo" 195 donne. A ridurre di più gli organici sono stati in valori assoluti gli operatori del comparto (-3.891), seguiti dai medici (-1.741). Ma in percentuale il vero "crollo" si è avuto per i dirigenti a tempo determinato: -31,17% tra i medici, -66,67% tra i veterinari.

I primari medici in esclusiva in un solo anno perdono 435 unità, ma ne guadagnano 9 tra le fila di quelli non esclusivi. E la non esclusività è l'unica voce che, seppure con numeri piccoli, cresce percentualmente. Il calo è comunque quasi tutto concentrato sugli uomini, mentre le donne, medici compresi, sono quasi sempre in aumento, anche se il saldo finale è negativo di poche unità.

Per il personale non dirigente il calo è generalizzato per i maschi di tutti i profili, mentre aumentano le donne, tranne tra gli infermieri (in calo quasi come gli uomini) e nel ruolo amministrativo.

Il management aziendale, invece, "taglia" solo i direttori amministrativi, mentre tutte le altre posizioni aumentano, soprattutto proprio tra i direttori generali in crescita di 21 unità tra il 2010 e il 2011, il +7,12 per cento.

E il personale del Ssn resta tra i più numerosi del pubblico impiego: assorbe infatti da solo il 20,94% di tutti i dipendenti (solo la Scuola fa di più) dei 21 comparti in cui è divisa la pubblica amministrazione (16,42% gli uomini, 24,65% le donne). Ma diverso è il peso a livello di singole Regioni. Il personale del Ssn in generale pesa infatti per il 26,89% del totale dei dipendenti pubblici dell'Emilia Romagna (oltre il 6% in più della media nazionale, quindi), il 26,75% in Umbria e il 25,26% in Piemonte, mentre assorbe solo il 12,32% dei dipendenti del Lazio, il 15,81% di quelli della Puglia e il 16,28% dei dipendenti campani.

È tuttavia proprio nelle Regioni con piani di rientro (Lazio e Campania, ma anche in quasi tutte le altre) che il personale registra il calo maggiore confrontando gli organici 2006 (ultimo anno senza piani di rientro) e il 2011. A perdere di più in cinque anni sono Molise e Campania (rispettivamente -20,81% e -20,18% unità di personale nei Ssr). Ma

tra le Regioni attualmente in piano di rientro si registrano cali anche per Lazio (-16,21%), Calabria (-11,67%), Sicilia (-11,56%) e Piemonte (-0,40%). Ridotti anche gli organici della Liguria (-4,86%) che da piano di rientro è uscita nel 2010 ma non ha fermato i tagli al personale e della Basilicata (-1,56%). Aumentano invece nei cinque anni i dipendenti sanitari di tutte le altre Regioni.

Per le Regioni in piano di rientro l'aumento più elevato è il 3,36% della Puglia rispetto al 2006, ma la Regione nel 2009 ha fatto registrare un'inversione di tendenza riducendo il personale. Stesso discorso per la Sardegna, che tuttavia non è più in piano di rientro dal 2010, mentre in Abruzzo il calo si è fatto sentire rispetto al 2006, ma gli organici sono aumentati di nuovo nel 2009 con un risultato complessivo del +0,97 per cento.

Tra chi non è in piano di rientro, l'incremento maggiore è quello di Trento (+12,98%), ma la media di crescita delle unità di personale nelle Regioni senza piano di rientro (escluso Trento, appunto) è di circa il 4 per cento con il valore minore a Bolzano (1,21%) e in Umbria (1,96%) e il maggiore in Emilia Romagna (5,76%), Friuli Venezia Giulia (5,58%) e Toscana (5,50%).

**Paolo Del Bufalo**

### Gli organici del Ssn e il loro peso sul pubblico impiego (2011)

Regioni	Uomini	Donne	Totale	% uomini su totale dip. maschi	% donne su totale dip. femmine	% su totale dei dipendenti
Abruzzo	5.814	9.022	14.836	17,96	23,85	21,08
Basilicata	3.187	4.065	7.252	18,14	21,56	19,90
Calabria	11.154	10.387	21.541	18,22	19,12	18,64
Campania	27.698	21.520	49.218	17,46	14,98	16,28
Emilia R.	16.774	44.035	60.809	20,58	30,45	26,89
Friuli V.G.	5.304	14.971	20.275	13,72	32,32	23,86
Lazio	19.803	29.681	49.484	9,52	15,34	12,32
Liguria	7.780	17.304	25.084	17,68	32,05	25,56
Lombardia	29.324	75.015	104.339	20,52	28,22	25,51
Marche	6.572	13.359	19.931	19,27	27,07	23,90
Molise	1.483	2.089	3.572	15,75	21,76	18,77
Piemonte	15.466	42.607	58.073	19,00	30,49	26,26
Bolzano	2.213	6.196	8.409	15,25	21,31	18,08
Trento	2.240	5.465	7.705	14,11	25,27	19,59
Puglia	17.303	21.233	38.536	15,04	16,66	15,81
Sardegna	7.819	13.483	21.302	18,45	30,12	25,30
Sicilia	22.897	22.779	45.676	19,13	25,43	22,79
Toscana	15.798	36.675	52.473	14,83	20,43	18,22
Umbria	3.946	7.302	11.248	19,72	31,31	26,75
Valle d'Aosta	679	1.438	2.117	15,28	22,71	19,89
Veneto	17.619	42.978	60.597	13,48	27,32	21,50
<b>Totale</b>	<b>240.873</b>	<b>441.604</b>	<b>682.477</b>	<b>16,42</b>	<b>24,65</b>	<b>20,94</b>

### Gli organici Regione per Regione (2011) e le differenze in cinque anni

Regioni	Totale	Diff. con 2006 *	Diff. con 2009 **	Diff. % 2011/2006	Regioni	Totale	Diff. con 2006 *	Diff. con 2009 **	Diff. % 2011/2006
Abruzzo	15.508	-387	541	0,97	Puglia	38.502	1.941	-711	3,36
Basilicata	6.869	-8	-99	-1,56	Sardegna	21.319	804	-383	2,05
Calabria	21.587	-1.449	-1.239	-11,67	Sicilia	45.565	-4.350	-1.421	-11,56
Campania	48.302	-7.530	-3.736	-20,18	Toscana	52.431	2.525	222	5,50
Emilia R.	60.421	2.934	378	5,76	Umbria	11.168	190	25	1,96
Friuli V.G.	20.231	1.331	-277	5,58	Valle d'Aosta	2.116	42	65	5,16
Lazio	49.423	-5.904	-3.064	-16,21	Veneto	60.355	1.396	-287	1,88
Liguria	25.375	-639	-626	-4,86	Pa Trento	7.706	570	356	12,98
Lombardia	103.692	3.342	1.128	4,45	Pa Bolzano	8.398	111	-11	1,21
Marche	19.595	802	-171	3,36	<b>Totale</b>	<b>680.022</b>	<b>-3.960</b>	<b>-10.715</b>	<b>-2,15</b>
Molise	3.616	-551	-316	-20,81	(*) Anno precedente i primi piani di rientro				
Piemonte	57.839	867	-1.093	-0,40	(**) Anno conclusivo primi piani di rientro				



## TERME, LA CRISI INCIDE SULLE CURE. L'ESPERTO: SERVE PIÙ RICERCA

DoctorNews33  
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 8 marzo 2013

Un calo del 10% nel numero delle persone che nel 2012 hanno fatto ricorso alle cure termali è indice di una crisi del settore in Italia, laddove in Francia è stato al contrario registrato un aumento del 5%. Basta questo dato, secondo Umberto Solimene, direttore della Scuola di Specializzazione in Idrologia Medica/Medicina Termale all'Università di Milano, per fotografare la situazione italiana. Secondo il docente milanese, che ha promosso un workshop sul termalismo alle Terme della Fratta, i problemi sono dovuti sostanzialmente alla crisi economica di questi anni e alla mancanza di investimenti in ricerca, inseriti in una generale carenza della "cultura termale" in Italia. Anche tra i medici. «In gran parte delle Regioni - dice Solimene, che è anche segretario generale della Federazione mondiale termalismo e climatoterapia delle terme (Femtec) - non si fa informazione sulle terme; solo l'Emilia Romagna finanzia un corso di formazione/informazione rivolto ai medici». In Italia sono 350 le aziende termali (il 14,6% in Toscana e il 10,3% in Emilia Romagna), con 17 mila addetti, un fatturato di 380 milioni di

euro, di cui circa 200 a carico del Servizio sanitario nazionale (sono il 72% i pazienti convenzionati), ma creano un fatturato indotto di circa 4,5 miliardi (settore turistico-alberghiero e altro) con 73 mila addetti. Le malattie più curate sono quelle di naso e gola (29,4%), le artroreumatiche (29%) e quelle dell'apparato digerente (22,2%). «Ma la debolezza della cultura termale - secondo Solimene - &egrave; anche dovuta alla mancanza di una politica verso il turismo termale (salute/benessere) e alla carenza di investimenti in ricerca. Solo negli ultimi anni Federterme, che da poco ha creato la Fondazione per la ricerca termale (Forst), ha cominciato a finanziare studi secondo i criteri della ricerca scientifica più avanzata, sull'efficacia del termalismo».



Cosa che in Francia da anni contribuisce a rilanciare il settore. Solimene cita ad esempio lo studio "Thermarthrose" sull'artropatia del ginocchio, coordinato dal Centro ospedaliero universitario di Grenoble, su 462 pazienti di tre famosi centri termali e pubblicato su *Annals of rheumatic diseases*, secondo le cui conclusioni, un ciclo di 18 giorni di fanghi ed esercizi fisici in

acque termali, a tre, sei e nove mesi di distanza fa aumentare del 50% circa, rispetto alla terapia farmacologica, il numero dei pazienti che migliorano in modo significativo in termini di dolore e di funzionalità.



## EMILIA ROMAGNA, APPROVATE LE LINEE DI INTERVENTO SULLA SANITA'

DoctorNews33  
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 7 marzo 2013

Anche l'Emilia Romagna è alle prese con la scure della spending review che impone tagli pesanti alla Sanità pubblica. Le «linee di programmazione e finanziamento» approvate dalla Regione comporteranno risparmi complessivi di 260 milioni di euro nel settore, intervenendo principalmente su tre punti: la riduzione del budget per l'acquisto di beni e servizi, i tagli ai costi del personale e la riconversione dei piccoli ospedali. Gli acquisti dei beni sanitari e non sanitari, effettuati dalle aziende in modo collettivo, dovranno consentire il recupero di 64 milioni, a cui si prevede di aggiungerne altri 66 con il taglio di servizi non sanitari, dalle spese di lavan-



deria alle mense. Il risparmio sui costi del personale dovrà raggiungere i 45 milioni. Si agirà in primo luogo sul turnover, sostituendo solo un quarto dei dipendenti che lasceranno il servizio, dando comunque priorità alle professioni cliniche rispetto a quelle amministrative. Inoltre, i contratti di lavoro flessibile saranno ridotti e sarà necessaria, per ogni richiesta di sostituzione temporanea di personale, la presentazione di piani di assunzione, che la direzione generale Sanità dovrà approvare solo dopo una valutazione specifica. Anche i contratti integrativi di medici di famiglia e pediatri saranno pesantemente ridimensionati, con un taglio di

20 milioni su un valore complessivo di 80. Le tariffe di degenza verranno ridotte, consentendo un risparmio di 30 milioni tra ospedali pubblici e privati; questi ultimi subiranno un'ulteriore diminuzione del budget per 3 milioni. Infine, come in altre regioni italiane, anche in Emilia Romagna si procederà a riconvertire le piccole strutture ospedaliere. Saranno in tutto 30 e si trasformeranno in centri in cui verrà fornita un'assistenza, in prevalenza di tipo infermieristico, a pazienti che soggiogneranno tipicamente per una o due settimane, fino a un massimo di sei. Dopo l'approvazione delle linee di intervento, si avvieranno nei prossimi giorni incontri tra i direttori delle Ausl e la Regione.



## L'APPROFONDIMENTO

### IL CENSIMENTO 2012 DEGLI OTTICI ITALIANI

Un nuovo ritratto degli ottici italiani disegnato dall'edizione 2012 del Censimento Ottici di Marketing & Telematica. Dopo l'indagine 2011 pubblicata su Ottica Italiana 4/2012, la nuova panoramica mette in evidenza come il settore si è aggiornato ed è cambiato nel corso di un anno.

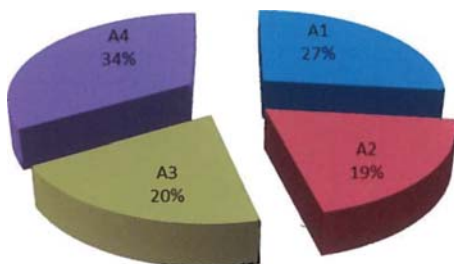
La metodologia esclusiva adottata da M&T per realizzare il suo Censimento MMAS Ottici vanta due peculiarità fondamentali: la prima è l'ampiezza del campo di indagine, poiché non coinvolge solo un campione rappresentativo dell'universo di operatori, ma l'intero insieme di essi. La seconda è il continuo aggiornamento, che rende l'indagine sempre viva e attuale. Un lavoro che permette di avere un quadro preciso, puntuale e completo del settore.

#### Il report

Il Censimento MMAS Ottici 2012 ha individuato in Italia poco meno di 11mila operatori, profilati in maniera da ottenere informazioni quantitative, sulla loro struttura, e qualitative, sulla loro attività, che vanno a costituire una base statistica ampia e sempre accurata su cui ogni azienda del settore può costruire una strategia commerciale mirata. Gli operatori intervistati sono ubicati per il 26,8% nelle regioni del Nord Ovest (A1), per il 19,4% in quelle del Nord Est (A2), per il 20,2% nel Centro (A3) e per il 33,5% al Sud e nelle Isole (A4).

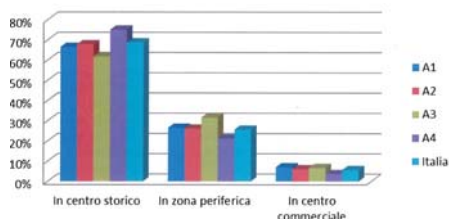
Fonte: Censimento MMAS Ottici 2012

#### GLI OTTICI IN ITALIA



Fonte: Censimento MMAS Ottici 2012

#### Ubicazione

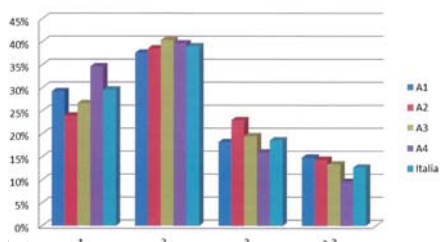


Fonte: Censimento MMAS Ottici 2012

Il 68,7% dei centri ottici italiani sorge in centro storico, il 25,6% in città, ma fuori dal centro, mentre il 5,7% ha scelto luoghi di grande passaggio come i centri commerciali. La quota di centri ottici in pieno centro è sostenuta dal valore del Sud (75%, in aumento), mentre il Centro Italia segna il valore più contenuto (61,8%): il Nord Ovest si ferma al 66,5% circa e il Nord Est al 68% (in aumento). Nelle aree semicentrali/periferiche delle città è più facile imbattersi in un centro ottico se ci si trova nel Centro Italia (31,5%, +6% oltre la media), e meno se ci si trova al Sud (21%, 4% sotto la media). La quota di ottici ubicati in luoghi ad alta frequentazione di pubblico è pari al 6,5% circa in tutta Italia tranne che al Sud, dove non arriva al 4%.

#### Il numero di addetti

Il 39,1% dei negozi di ottica in Italia dispone di 2 risorse umane e il 29,6% di una sola (dato in aumento); a contare 3 addetti è solo il 18,6% degli operatori e solo il 13% circa ne ha di più.



Fonte: Censimento MMAS Ottici 2012

Analizzando le fasce dimensionali in rapporto alle macro aree del nostro Paese emergono alcune differenze. Nella fascia 1 addetto il dato è sostenuto dal Sud, poiché oscilla infatti dal 24% del Nord Est al 34,7% del Mezzogiorno. Nella fascia 2 addetti solo il Nord Ovest si allontana dalla media di area, fermandosi al 37,6%. Il Nord Est spicca per l'alta incidenza di operatori con 3 risorse (23%, oltre 4 punti percentuali oltre la media, in aumento rispetto alla rilevazione di un anno fa), all'opposto del Sud (16%, in diminuzione).

nuto dal Sud, poiché oscilla infatti dal 24% del Nord Est al 34,7% del Mezzogiorno. Nella fascia 2 addetti solo il Nord Ovest si allontana dalla media di area, fermandosi al 37,6%. Il Nord Est spicca per l'alta incidenza di operatori con 3 risorse (23%, oltre 4 punti percentuali oltre la media, in aumento rispetto alla rilevazione di un anno fa), all'opposto del Sud (16%, in diminuzione).

#### La superficie del centro ottico

Analizzando la superficie delle attività, il Censimento M&T mostra che oltre nove ottici su dieci dispongono di negozi di estensione massima di 100 mq, mentre solo il 5,6% arriva a 150 e soltanto l'1,5% va oltre. Ma, rispetto alla rilevazione di un anno fa, si nota un aumento di consistenza della fascia 50-100 mq rispetto a quella più piccola. Si tratta di un aumento leggero, dal 42,2% al 43,6%, di circa 1,5 punti percentuali, ma comunque significativo.

Quanto alle differenze territoriali, nella fascia dimensionale fino a 50 mq il peso degli operatori resta maggiore al Sud (4% oltre il dato medio nazionale), al contrario di quanto accade nella fascia successiva (da 50 a 100 mq) in cui il Sud esprime il dato più basso, che resta invariato, mentre il più alto (3,3 punti oltre la media) spetta al Nord Est. Salendo di dimensione, il Nord Ovest è l'unica area ove il dato è sopra la media ed è anche l'unica in cui sia cresciuto nell'ultimo anno.

Nel 77% dei casi, poi, nel centro ottico è presente anche un laboratorio, ma il dato oscilla dall'82% del Nord Italia al 67% del Centro, passando per il 76% del Mezzogiorno. In nove casi su dieci l'ampiezza di tale laboratorio è inferiore ai 25 metri quadrati.

#### Presenza di vetrine

In Italia solo il 6% degli ottici ha sede in locali senza vetrine, mentre il 33% ne ha una (valore che oscilla dal 29% del Nord Ovest al 38% del Sud), il 41,6% due (solo il Sud è al di sotto di questa media), l'11% tre (dato sostenuto dal Sud, poiché oscilla infatti dal 24% del Nord Est al 34,7% del Mezzogiorno).

(Continua a pagina 7)



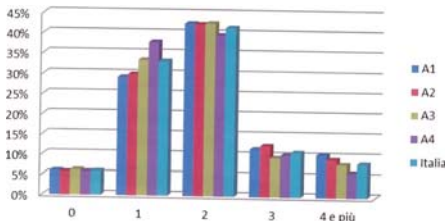
## PIÙ SALUTE NEL FONDO SOCIALE UE

**Sanità**

n. 10 del 19 marzo 2013

(Continua da pagina 6)

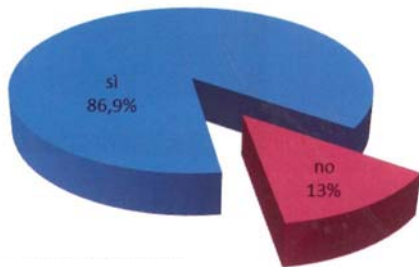
nuto dal 12,5% del Nord Est e dall'11,7% del Nord Ovest) e l'8,5% un numero maggiore (che nel Nord Ovest arriva al 10,5%). Rispetto alla rilevazione precedente non vi sono grandi variazioni, se si esclude un leggero incremento, di 1,5 punti percentuali, della fascia 2 vetrine e un decremento di meno di un punto degli esercizi senza luci su strada.



Fonte: Censimento MMAS Ottici 2012

### Esami optometrici

Il centro ottico, generalmente, offre al pubblico la possibilità, di usufruire in sede di esami optometrici. Ciò accade, infatti, nell'87% dei casi, dato stabile rispetto alla precedente rilevazione di M&T. Questo servizio resta più frequentemente erogato nel Nord Italia, soprattutto nel Nord Ovest, (90,9%) e meno spesso nei centri ottici che sorgono nelle regioni del Mezzogiorno (83,5%).



Fonte: Censimento MMAS Ottici 2012

A cura della Redazione "Ottica Italiana"

### Eliminando disuguaglianze e sprechi il settore diventa leva di sviluppo

Ridurre i ricoveri e i consulti specialistici, quando non sono strettamente necessari, rafforzare le cure primarie, promuovere l'uso di farmaci equivalenti, valutare il rendimento economico delle tecnologie sanitarie.

Sono alcune delle priorità per rendere più efficienti i sistemi sanitari e "investire" in salute. Per contribuire al raggiungimento dell'obiettivo di Europa 20, quello di una crescita sostenibile e inclusiva.

È questo il cuore del documento di lavoro adottato dalla Commissione Ue il 20 febbraio scorso insieme con un pacchetto di misure su «Investire nel settore sociale a favore della crescita e della coesione, in particolare attuando il Fondo sociale europeo nel periodo 2014-2020». Le cifre in ballo sono incerte. L'accordo del Consiglio europeo sul bilancio Ue 2014-2020 - bocciato dall'Europarlamento - ha tagliato dell'8,4% le spese per i fondi strutturali non agricoli, tra cui il Fse, rispetto al 2007-13, portandole a 325,1 miliardi. All'Italia andrebbero 29 miliardi, in linea con la dotazione attuale. Ma l'accordo è ancora in alto mare.

Al di là dell'ammontare delle risorse, il settore sanitario ha comunque un ruolo fondamentale nel promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà. La riforma dei sistemi sanitari nazionali per garantirne efficacia e sostenibilità e la valutazione delle prestazioni hanno un doppio obiettivo: fornire l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità e usare le risorse pubbliche in modo ottimale.

La salute viene infatti definita come un prerequisito della prosperità economica, dal momento che influenza i risultati economici in termini di produttività, offerta di lavoro, capitale umano e spesa pubblica. E il programma Ue per la salute, il fondo di coesione, i fondi strutturali e il fondo per la ricerca e

l'innovazione (Orizzonte 2020) possono sostenere gli investimenti nel settore della salute in tutta l'Unione europea.

Il problema è che sulla testa degli Stati Ue continuano a pendere crisi economica e difficoltà di bilancio, oltre a una prospettiva di aumento della spesa sanitaria di un terzo entro il 2060, a causa dell'invecchiamento della popolazione.

Ma, ricorda la Commissione, «non è solo la quantità di denaro che viene speso - si legge nella comunicazione - ma anche le modalità di spesa, che determinano lo stato di salute di un Paese». Con riforme sanitarie mirate, l'Ocse ha valutato un possibile risparmio del 2% del Pil in media entro il 2017.

L'analisi comparativa internazionale dimostra infatti che vi è un ampio margine di guadagni di efficienza in materia di Sistemi sanitari. Basti ricordare che limitando errori e frodi si potrebbe evitare una perdita annua del 5,6% dei bilanci sanitari.

Altra parola d'ordine: rafforzare l'assistenza sanitaria di base. La quota di Mmg - come percentuale su tutti i medici - varia notevolmente in tutta l'Ue, dal 49% in Francia al 7% in Grecia e in Polonia, con una media Ue del 29% e nove Stati membri in cui i medici costituiscono meno del 20% di tutti i medici (Bulgaria, Repubblica ceca, Grecia, Lettonia, Lituania, Polonia, Portogallo, Slovacchia e Svezia).

Rosanna Magnano





## IL DOPPIO CANALE FORMATIVO DEL MASSOFISIOTERAPISTA

SENT. 22 MAGGIO 2012, CORTE CASS., SEZ. LAV. SENT. DEL 21 MAGGIO 2012, TAR REGIONE CAMPANIA

Due recenti sentenze, depositate a distanza di un giorno l'una dall'altra, arrivano dalla Corte di Cassazione e dal Tribunale amministrativo della Regione Campania ponendo l'accento sulla delicata materia dell'equipollenza dei titoli tra fisioterapisti e massofisioterapisti. Massimo comun divisore: non c'è assoluta equivalenza tra i due titoli essendo quest'ultima subordinata al percorso formativo seguito dal soggetto. **Nel primo caso** una donna veniva licenziata dal Centro riabilitativo presso il quale era impiegata perché in possesso di un titolo di massofisioterapista conseguito all'esito di un corso biennale, non valido per abilitare lo svolgimento di attività di fisioterapista (necessario per la posizione rivestita). **Nel secondo caso** il Tribunale Amministrativo Regionale si è pronunciato sul ricorso proposto da alcuni soggetti, tra cui l'associazione sindacale di riferimento dei Massofisioterapisti, contro il decreto del commissario ad acta della Regione Campania che escludeva i massofisioterapisti dal novero dei soggetti qualificati a rendere prestazioni di riabilitazione presso presidi accreditati. Le citate sentenze offrono l'occasione di approfondire la storica diatriba che ha visto contrapporsi i massofisioterapisti da un lato ai, fisioterapisti dall'altro.

**In sintesi.** Con la legge 403/71 veniva istituita la figura del massofisioterapista, senza disciplinare l'iter di formazione che quindi poteva essere svolta attraverso diversi canali formativi. Nel 1990 il Legislatore recependo istanze di provenienza comunitaria ha ridisegnato il quadro degli ordinamenti didattici universitari ed istituito le professioni sanitarie. L'art. 6, comma 3, del D. lgs. 502/1992 e successive modificazioni, interveniva individuando gli operatori sanitari per i quali, a far data dal 1996, veniva istituito il relativo diploma universitario triennale, unico canale formativo, fra cui quello di fisioterapista.

Il passaggio dal vecchio ordinamento al nuovo regime, fondato sul previo conseguimento del diploma universitario, è stato successivamente ufficializzato dalla legge 42/1999 che stabilisce il principio di equipollenza al diploma universitario di tutti i diplomi conseguiti all'esito di un corso già regolamentato a livello nazionale in base alla precedente normativa.

Circa i massofisioterapisti della l.n. 403/1971, si poneva il problema dell'eventuale riconoscimento della formazio-

ne acquisita. Preso atto di una situazione di base caratterizzata da un'evidente disparità di percorsi formativi è intervenuto, nel contesto normativo evidenziato, il D.M. 27 luglio 2000 che ha ritenuto equipollente al titolo di fisioterapista il diploma di massofisioterapista unicamente se conseguito al termine di corsi triennali e ai sensi della Legge n. 403/1971. Di recente poi il DPCM 26 luglio 2011 ha stabilito criteri e modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento: circa tali professioni ha previsto l'esclusione dalla procedura di valutazione i titoli di massofisioterapista conseguiti dopo l'entrata in vigore della l. 42/1999 (nonché dei titoli di massaggiatori, capi bagnini degli stabilimenti idroterapici, massaggiatori sportivi, operatori strumentisti, infermiera volontaria e infermieri militari). Ne possiamo desumere, in via residuale, che con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del DPCM sia invece attuabile per i soggetti in possesso di titolo di massofisioterapista conseguiti al termine di corsi biennali iniziati

entro il 1996 la procedura di valutazione ai fine dell'equivalenza, ove in possesso dei criteri aggiuntivi previsti dallo stesso DPCM 2011. Ora, Corte Suprema e Tar Campania hanno sostanzialmente chiarito che la normativa non prevede l'equipollenza tout court dei diplomi di Massofisioterapista al diploma universitario di Fisioterapia, con la conseguenza che i titoli rilasciati all'esito dei corsi in questione non possono fruire di alcun riconoscimento automatico (salvo quelli di durata triennale, conseguiti in base alla citata l. 403/1971, entro il 17 marzo 1999, e iniziati prima del 31 dicembre 1995).

Ciò non toglie che gli stessi possono continuare a svolgere la loro attività in qualità di operatori sanitari, privi però dell'autonomia del fisioterapista (e ove le specifiche disciplina in materia di autorizzazione e/o accreditamento non pongano divieti ulteriori).

**Dott. Federico Breschi**  
da Lettera informativa  
Studio Legale Stefanelli



## INTESA FISIOTERAPISTI- LAUREATI SCIENZE MOTORIE

Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, Regioni e rappresentanze professionali dei fisioterapisti e dei laureati in scienze motorie hanno raggiunto un'intesa definitiva sugli ambiti di competenza delle due professioni al fine di promuovere programmi di attività motoria, finalizzata al mantenimento dello stato di salute, individuando modalità di lavoro integrato, ma non sovrapponibile. L'accordo è stato sottoscritto al Tavolo tecnico di lavoro attivato presso il Ministero della Salute. Scopo dell'intesa è quello di delineare meglio l'ambito di competenza professionale dei laureati in scienze motorie ed evidenziare le modalità di lavoro integrato per la salvaguardia della tutela della salute, avvalendosi dell'introduzione, nella programmazione nazionale e regionale, della sperimentazione della cosiddetta "AFA" (attività fisica adattata), attività che mira a ricondizionare lo stato di salute individuale al termine della riabilitazione, combattere l'ipomobilità, favorire la socializzazione e promuovere stili di vita più corretti. L'obiettivo è pro-

muovere l'attività motoria, sia per la prevenzione di problemi di salute che per il mantenimento di uno stato di salute accettabile. Nel farlo occorre però tenere conto dei bisogni di movimento delle diverse categorie di persone cosiddette "fragili", che necessitano di un approccio più specifico rispetto all'attività motoria standard. Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, si dichiara soddisfatto per il raggiungimento dell'intesa: "Programmi di questo tipo devono essere sempre più presenti nei Piani sanitari regionali, perché abbiamo bisogno di intensificare la lotta alla sedentarietà e promuovere l'attività fisica attraverso lo sviluppo sul territorio di una rete di strutture per la 'somministrazione-erogazione dell'attività fisica presso realtà specificamente attrezzate come palestre e centri sportivi pubblici e privati. Ringrazio i rappresentanti delle due professioni per l'impegno profuso e per aver saputo cogliere questa occasione per offrire ai cittadini un ulteriore strumento utile per la promozione di stili di vita salutari".





## ANTITRUST, ISTRUTTORIA SU FARMACI OFTALMICI

L'Antitrust ha avviato un'istruttoria nei confronti di Roche e Novartis. Tutto nasce da una segnalazione dell'Associazione italiana unità dedicate autonome private di day surgery e dalla Società oftalmologica italiana secondo la quale le due aziende si sarebbero accordate per escludere, nella cura della degenerazione maculare senile, il farmaco bevacizumab (Avastin), commercializzato da Roche, a vantaggio di ranibizumab (Lucentis) distribuito da Novartis, in tutto equivalente al primo, ma con un costo 50 volte superiore. A complicare le cose, secondo l'antitrust, i legami tra i due gruppi, considerato che Novartis ha una partecipazione azionaria in Roche mentre le attività di ricerca e sviluppo sono realizzate da Novartis insieme a Genentech, a sua volta controllata da Roche, che ha il brevetto di entrambi i farmaci.

«Lucentin e Avastin sono due farmaci differenti, contenenti principi attivi diversi» commenta Roche in una nota

nella quale nega l'esistenza di un'intesa anticoncorrenziale con Novartis. «Sono stati sviluppati per finalità terapeutiche distinte e possono avere profili di sicurezza difforni nell'utilizzo intraoculare». L'azienda, inoltre, precisa «di non aver pianificato lo sviluppo clinico per l'uso intraoculare di Avastin in quanto esiste già un differente farmaco approvato dalle Autorità sanitarie per il trattamento delle patologie oculari, che risponde a un bisogno medico precedentemente insoddisfatto».

Novartis dal canto suo ribadisce che «l'azienda detiene il 33,3% delle azioni al portatore che rappresentano il 6,4% del capitale totale di Roche, il che non

permette alcuna influenza sulle strategie del gruppo Roche che è gestito, amministrato e opera in maniera totalmente indipendente». Entrambe le aziende, comunque, si dichiarano pronte a una collaborazione piena con le autorità italiane. Per arrivare alla chiusura del procedimento istruttorio bisognerà aspettare il 20 dicembre 2013.



## CARENZA DI MARCATURA CE: C'E VIOLAZIONE DEGLI ART. 515 E 517 CODICE PENALE

CASSAZIONE PENALE 15 NOVEMBRE 2012 – 11 GENNAIO 2013, N. 1467

La sentenza penale appena pubblicata è molto interessante. Decidendo infatti sulle conseguenze penali della mancata marcatura CE di un elettrostimolatore per violazione della disciplina sulla compatibilità elettromagnetica (D.Lgs. 194/2007), stabilisce principi giuridici che possono trovare applicazione a tutte le direttive del Nuovo Approccio.

### IL CASO

Il legale rappresentante di una società veniva accusato di immissione in commercio di elettrostimolatori con marcatura CE non rispondenti ai requisiti di conformità previsti dalla disciplina in tema di compatibilità elettromagnetica e bassa tensione (Dlgs 194/2007 - dir 2004/108/CE): più esattamente veniva contestata in sede penale la violazione degli art. 515 e 517 c.p.

### LA DIFESA

l'incolpato si difende sostenendo che, sussistendo una disciplina sanzionatori specifica di natura amministrativa (Dlgs 194/2007), non appare corretta l'applicazione degli art. 515 e 517 c.p.

### LA DECISIONE DELLA CASSAZIONE

La Corte di Cassazione Penale non è d'accordo sancendo che:

- il D.Lgs. 194/2007 persegue la finalità di garantire la compatibilità elettromagnetica del bene: salvaguarda, quindi, la conformità tecnica del bene.

- l'art.515 c.p. tutela, invece, il leale esercizio del commercio cioè l'interesse del consumatore a non ricevere una cosa diversa da quella richiesta;

- l'art.517 c.p. tutela a sua volta l'ordine economico che deve essere garantito contro gli inganni tesi ai consumatori.

Le norme penali in questione tutelano

quindi sia la correttezza e lealtà commerciale che il consumatore.

Ne consegue che avendo la disciplina amministrativa (D.Lgs. 194/2007) obiettivi diversi rispetto alla disciplina penale, possono trovare applicazione entrambe le norme.

Inoltre il sequestro originario è stato confermato in quanto indipendente dalla sostenuta non pericolosità del bene, sussistendo il rischio della ripetizione del reato.

**Avv. Silvia Stefanelli**





## PAGAMENTI-LUMACA, UN NODO ANCORA DA SCIogliere

Sanità

n. 2 del 22 gennaio 2013

Il Dlgs n. 192 del 9 novembre 2012 ha recepito la nuova direttiva comunitaria 2011/7/UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, stabilendo che dal gennaio 2013 i contratti relativi alla fornitura di beni e servizi devono essere pagati entro 30 giorni dal ricevimento della fattura, con deroghe fino a un massimo di 60 giorni per ospedali, imprese pubbliche ed enti che forniscono assistenza sanitaria. In caso di superamento dei suddetti termini è previsto lo scatto automatico degli interessi legali moratori dell'8% in più rispetto al tasso fissato dalla Bce per le operazioni di rifinanziamento.

Potrà questo nuovo Dlgs risolvere il problema del ritardo dei pagamenti della Pa? Lo scetticismo è d'obbligo se si

considera che il Dlgs 231/2002 di recepimento della Direttiva 2000/35/CE non era molto diverso, sia per quanto riguarda i termini di pagamento e sia per la decorrenza automatica degli interessi di mora che essendo inferiori di un solo punto percentuale rispetto agli attuali, avrebbero dovuto risultare sufficientemente elevati e adeguati come deterrente nei confronti dei debitori. Invece sappiamo tutti com'è andata a finire. Pertanto, se non si vorrà rischiare che anche il nuovo Dlgs resti lettera morta, bisognerà intervenire anche in altri ambiti: a livello culturale, sui trasferimenti finanziari e sul processo civile. In attesa che il legislatore nazionale intervenga in questi ambiti, i creditori della Pa potranno nel frattempo trovare qualche utilità nell'ordinanza del Tar Puglia n. 677 del 13 settembre scorso che, accogliendo l'istanza di un'azienda richiedente l'annullamento del Durc (documento unico di regolarità contributiva) irregolare e del provvedimento dell'Inps che negava la compensazione dei debiti, ha stabilito che «ai fini del rilascio del Durc, si deve effettuare la compensazione dei debiti previdenziali con i crediti vantati nei confronti della Pa, che sono di importo maggiore rispetto al debito verso gli Enti previdenziali».



Indubbiamente questa pronuncia ha il pregio di interrompere il circolo vizioso in cui si imbattono molte imprese che proprio a causa del ritardo nei pagamenti delle Pa, non riescono a mettersi in regola con i versamenti contributivi e quindi ad ottenere un Durc regolare che serve non solo per essere pagate ma anche per poter continuare a lavorare.

Nell'ordinanza il Tar fa riferimento all'articolo 13-bis, comma 5 del Dl 52/2012 convertito nella legge 94/2012, ritenendolo immediatamente operativo anche in assenza del decreto ministeriale di attuazione: «Il Durc è rilasciato anche in presenza di una certificazione che attesti la sussistenza e l'importo di crediti certi, liquidi ed esigibili vantati nei confronti delle pubbliche amministrazioni di importo almeno pari agli oneri contributivi accertati e non ancora versati da parte di un medesimo soggetto». E quindi: «Su istanza del creditore di somme dovute per somministrazioni, forniture e appalti, le Regioni e gli enti locali non

ché gli enti del Ssn certificano, entro il termine di trenta giorni dalla data di

ricezione dell'istanza, se il relativo credito sia certo, liquido ed esigibile, anche al fine di consentire al creditore la cessione pro soluto o pro solvendo a favore di banche o intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente».

Vale la pena di ricordare che della compensazione possono beneficiare tutti i creditori indipendentemente dalla tipologia di prestazioni rese, siano esse forniture, servizi o lavori, mentre invece il Dlgs 192/2012 non considera il ritardo dei pagamenti nel settore dei lavori pubblici. Ciò nonostante sono ancora in vigore gli artt. 143 e 144 del Regolamento attuativo del Codice dei Contratti Pubblici (Dpr 207/2010) che con riferimento ai lavori, stabiliscono interessi moratori a tassi nettamente inferiori e termini di maturazione più lunghi rispetto a quelli previsti dal Dlgs 192/2012. Com'è possibile che lo stesso legislatore che con il Dlgs 163/2006 ha unificato la normativa sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, continui a mantenere una disciplina diversa da settore a settore per i relativi pagamenti?

**Marco Molinari**



## AI CONTRATTI TRA ASL E STRUTTURE SANITARIE SI APPLICA IL D.LGS 231/02 SUGLI INTERESSI DA RITARDATO PAGAMENTO.

Così ha stabilito la recente sentenza del Trib. Catanzaro, sez. II, sentenza 18 gennaio 2013 (est. L. Nania).

Dopo aver fatto il punto dei diversi istituti giuridici che si applicano ai contratti che intercorrono tra strutture accreditate (sanitarie e socio-assistenziali) e ASL, il Tribunale di Catanzaro sancisce - per la prima volta - l'applicazione del D.Lgs 231/02 sui ritardi nelle transazioni commerciali al debito delle ASL nei confronti dei soggetti contrattualizzati. Molto sinteticamente.

La controversia nasce dalla richiesta da parte di una RSA alla Regione Calabria del pagamento dell'importo di euro 415.547,56, oltre interessi ex D. Lgs. 9/10/2002, n. 231. Oltre alle argomentazioni sostanziali sulla nullità del contratto (anch'esse smentite dal Tribunale) la Regione sosteneva la non applica-

bilità del D.Lgs 231/02 a tale tipologia di rapporti, trattandosi una "tariffa" predeterminata e non di prezzo commerciale.

Sul punto il Tribunale smentisce la Regione. Dando atto, infatti, che alcune sentenze nel passato hanno escluso la possibilità di applicare gli interessi ex dlgs 231/2002 ai rapporti fondati sull'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie in quanto non qualificabili come "transazione commerciali" (TAR Cagliari, 3/12/2008 n. 2151; Trib. Nocera Inferiore 14/10/2004), il Tribunale di Catanzaro rovescia tale orientamento sulla base delle seguenti argomentazioni.

Afferma infatti il giudice che:

- sia il decreto legislativo che la Dir. 2000/35/CE considerano come transa-

(Continua a pagina 11)



## PAGAMENTI, DIRETTIVA IN SALITA

Assofond: nessuno vuole imporre i 30 giorni per timore di perdere affari

**Sanità**  
del 6 marzo 2013

È stata una falsa partenza. Si contano infatti sulle punte delle dita di una mano le aziende che dal primo gennaio scorso sono riuscite ad applicare la direttiva europea 2011/7 sui tempi di pagamento, fortemente voluta dal commissario Ue all'Industria e all'imprenditoria, Antonio Tajani. Recepita dal Governo italiano con anticipo rispetto ad altri Paesi Ue - e divenuta misura qualificante dell'azione del governo Monti come risposta alle istanze delle imprese - la direttiva impone che le fatture delle transazioni commerciali siano saldate dal cliente a trenta giorni data emissione o a sessanta giorni solo per limitate eccezioni.



Con il recepimento e l'applicazione della direttiva, l'obiettivo era quello di dare tempi certi di pagamento tra imprese e pubblica amministrazione e tra imprese e fornitori privati. Ricordiamo che l'Italia, rispetto ad altri Paesi Ue, indossa la maglia nera per i tempi biblici con cui vengono onorate le fatture - dai 90 fino ai 180 giorni e oltre - e vanta un ammontare di ritardati pagamenti di oltre 80 miliardi di euro solo per la pubblica amministrazione verso le imprese private. Secondo la stessa Unione Europea, in una situazione di grande difficoltà finanziaria per le aziende e con un credit

crunch ancora molto elevato, circa un terzo dei fallimenti delle imprese italiane è da imputare proprio ai ritardati pagamenti.

Dai primi riscontri effettuati tra le imprese del manifatturiero, sono pochissimi i casi in cui il fornitore ha emesso fattura secondo i nuovi parametri. Due i motivi essenziali per cui l'applicazione del 9 novembre del 2012, che recepisce la direttiva europea, non ha trovato pratica applicazione. Il primo: in molti casi il fornitore non vuole o non può creare un contenzioso con la controparte, quindi accetta tempi più lunghi rispetto a quanto indicato dalla direttiva; il secondo: la possibilità che la legge lascia alle parti di concordare, per iscritto, termini superiori ai sessanta giorni, purché non siano gravemente iniqui per il creditore.

«Questo aspetto del decreto - spiega Enrico Frigerio, presidente di Assofond - è proprio la chiave che ha messo in difficoltà pratica l'applicazione dei tempi di pagamento certi. Nessun fornitore vuole imporre i trenta giorni al committente con la conseguenza di interrompere il rapporto commerciale, quindi di perdere il cliente. Nella prassi - aggiunge Frigerio - si utilizza ancora la leva dello sconto o della compensazione con i giorni di valuta. Soprattutto per chi lavo-

ra molto con i mercati esteri, è consuetudine finanziare la cassa con i pagamenti esteri - questi sì a 30 giorni - per bilanciare un pagamento in Italia a 90 o 120 giorni».

Nelle settimane scorse, l'ufficio studi di Assofond ha condotto un'analisi tra i propri associati per fare il punto sui termini di pagamento. «Essenziale - aggiunge Frigerio - è la quantificazione del così detto termine iniquo nella prassi commerciale. La norma infatti lascia ampio spazio alle parti per concordare, sempre per iscritto, termini superiori a quelli indicati, parallelamente a una ampia discrezionalità da parte dell'autorità giudiziaria che dovrà valutare la grave iniquità. Cioè quanti giorni posso essere considerati iniqui rispetto alla normale prassi commerciale. Dalla nostra indagine interna - spiega il presidente di Assofond - è risultato che il termine dei 90 giorni è rispettato dal 37% dei clienti, mentre il termine di pagamento di 60 giorni è accettato dal 32% dei committenti. Da qui si desume che per il nostro settore il termine di 60 giorni fine mese data fattura possa essere considerato come termine oltre il quale, davanti al giudice, potrebbe essere sollevato il principio di iniquità e quindi far scattare le more di legge».

**Roberto Iotti**

Continua dalla pagina precedente

(Continua da pagina 10)

zione commerciale qualunque contratto (a prescindere dalla sua natura, sia essa privatistica o pubblicistica-concessoria) che contempli lo scambio tra l'effettuazione di un servizio ed il pagamento di un corrispettivo;

- la posizione della giurisprudenza di legittimità (Cass. civ. 9 marzo 1971 n. 649; Cass. civ. 10 aprile 1964 n. 835), stabilisce che la patrimonialità di una prestazione, per effetto dell'art. 1174 c.c., non si ha soltanto se la prestazione abbia un intrinseco valore patrimoniale, ma anche quando lo riceva "di riflesso" dalla natura della controprestazione: vale a dire che ove sia pattuito un compenso monetario per una certa prestazione, essa assume carattere patrimoniale in quanto oggetto di valutazione

economica delle parti;

- in ogni caso l'espressione "prestazione di servizi", contenuta nel D. Lgs. n. 231/2002, è di portata talmente ampia da poter includere tanto attività immediatamente rilevanti sotto il profilo patrimoniale quanto attività di carattere spiccatamente non patrimoniale (come l'assistenza a persone disabili), sicché la natura della prestazione non risulta essere decisiva ai fini dell'applicabilità della normativa in esame;

- l'interesse primario perseguito dal legislatore comunitario è stato quello di scoraggiare i ritardi nel pagamento del corrispettivo per l'attività di impresa, attraverso l'approvazione di una disciplina repressiva e, quindi, dissuasiva della morosità che prescinde dalla tipologia del contratto e della prestazione resa nonché dalla natura, pubblica o

privata, del debitore (cfr. Direttiva 2000/35/CE, considerando n. 7, 16, 19, 22).

In sostanza, secondo il Giudice, il D.Lgs. 231/2002 si applica in generale a tutti i contratti tra ASL e aziende sanitarie in quanto sussiste l'erogazione di un servizio dietro pagamento di un corrispettivo.

Da ultimo molto interessante il tema del danno erariale. In forza della giurisprudenza intervenuta gli interessi che la PA è chiamata a pagare a causa del ritardato pagamento costituiscono danno erariale (Corte dei Conti Sardegna 20 dicembre 2011 deliberazione 118/2011): per questo motivo il giudice ha deciso di inviare gli atti alla Corte dei Conti competente.

**Avv. Silvia Stefanelli**



## LE NUOVE COMPETENZE DEGLI INFERMIERI

QUORE  
**Sanità**

n. 3 del 29 gennaio 2013

### Nasce l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche - Il disco verde dell'Ipasvi

È pronta per il vaglio finale delle Regioni e per l'adozione in sede di Conferenza Stato-Regioni la bozza di accordo sulla ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.

Rispetto alle vecchie bozze, il testo è profondamente cambiato. Sono infatti scomparsi gli allegati con gli elenchi delle mansioni «consentite», ricompare nella sua specificità l'area neonatologica pediatrica, viene previsto un preciso iter per la definizione del nuovo percorso formativo e per la valorizzazione delle esperienze e delle conoscenze già acquisite.

Le aree di intervento sono sei: cure primarie e servizi territoriali/distrettuali; area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, chirurgica, neonatologica e pediatrica, salute mentale e dipendenze. È infine istituito, presso il ministero della Salute, l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative, il cui scopo è di promuovere lo sviluppo omogeneo delle competenze professionali e dei conseguenti modelli organizzativi nel Ssn. Tra le funzioni dell'organismo, una novità politicamente rilevante: i pareri dell'Osservatorio «costituiranno elementi propedeutici - si legge nella bozza - alla revisione degli strumenti giuridici, economici e normativi nell'ambito delle trattative per il rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro».

Quest'ultima versione dell'accordo ha avuto il disco verde dell'Ipasvi, dal momento che supera le gravi criticità presenti nella precedente proposta. «La logica mansionariale che permeava la vecchia bozza - spiega il presidente Annalisa Silvestro - avrebbe messo in difficoltà i professionisti e contraddetto lo stesso quadro

giuridico e professionale, in cui si parla di autonomia e responsabilità».

Un secondo aspetto fondamentale sul quale l'accordo fa chiarezza sono le modalità per lo sviluppo delle competenze professionali e la formazione.

A definire, all'interno del processo di accreditamento professionale, i criteri per lo sviluppo delle competenze degli infermieri e la conseguente ridefinizione dei modelli organizzativi ospedalieri e territoriali saranno Regioni e Province autonome, previo confronto con le rappresentanze professionali e sindacali. Le stesse, entro 180 giorni dovranno definire, insieme con l'Università, i percorsi attuativi e i criteri per riconoscere pregresse esperienze nonché i percorsi formativi da effettuarsi in ambito regionale e aziendale, anche ai fini dei Crediti formativi universitari (Cfu).

Riguardo alla formazione, che avviene dentro le università, un successivo provvedimento del Miur, in concerto con la Salute e d'intesa con le Regioni, fisserà gli indirizzi per la formazione dell'infermiere specialista, in attuazione della legge 43/06, nonché i criteri per il riconoscimento dei Cfu relativi ai percorsi pregressi effettuati in ambito regionale; saranno inoltre rivisitati i piani di studio delle lauree, delle lauree magistrali e dei master universitari di primo e secondo livello.

«Nella bozza precedente - continua Silvestro - non si capiva dove si sarebbero formati i professionisti, se dentro o fuori l'università. Noi abbiamo chiesto un percorso dentro l'università, secondo quanto stabilito dalla legge 43/06, che prevede la figura dell'infermiere specialista».

L'accordo, secondo l'Ipasvi, garantisce anche un'omogeneità della formazione

nel territorio nazionale. «Non si potevano mettere in atto situazioni formative e quindi di lavoro che rischiavano di non essere riconosciute in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, con un conseguente svantaggio per i cittadini». Con il percorso previsto, si evita inoltre di cancellare con un tratto di penna la formazione specialistica pregressa e l'esperienza acquisita sul campo, che possono essere valorizzate nell'ambito dei Cfu per abbreviare eventualmente il percorso universitario. L'accordo rappresenta dunque per l'Ipasvi, una vera svolta, che pone le basi per la revisione delle competenze anche delle altre figure professionali e che cambierà gli stessi rapporti tra le professioni. «Tutte le riflessioni e i dibattiti - sottolinea il presidente - con il Ministero, le Regioni e le rappresentanze sindacali hanno trovato un buon punto d'incontro. I tempi ora sono stretti, ma se non si riuscisse ad adottare l'accordo prima delle elezioni, sarà il primo atto che chiederemo nella prossima legislatura».

Anche sul ruolo dell'osservatorio, la Federazione esprime un parere positivo: «Finalmente - conclude Silvestro - quando si andrà a ragionare di ridefinizioni giuridiche, normative e contrattuali, ossia di soldi e posizionamenti, si dovrà tenere conto propedeuticamente di quello che sta succedendo sul territorio nazionale, che viene reso visibile attraverso l'osservatorio. Se all'interno di una sperimentazione, gli infermieri specialisti hanno evidenziato una serie di risultati positivi, bene, quella esperienza diventa il contenuto per fare una riflessione giuridica piuttosto che normativa e diventa anche elemento a cui nei contratti si darà un riconoscimento economico. Un elemento di non poco conto».

**Rosanna Magnano**



-  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 051/7459532

E-mail: [benesseresanita@cnaemiliaromagna.it](mailto:benesseresanita@cnaemiliaromagna.it)

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