

Numero 1, gennaio 2013



SANITÀ, PRESENTATO IL PIANO STRAORDINARIO DI SOSTENIBILITÀ DELLA REGIONE

Nel 2013 tagli per 260 milioni. Lusenti: "No alla riduzione dei servizi e all'aumento di ticket e tasse"

Un Piano straordinario di sostenibilità per **difendere la sanità emiliano-romagnola, senza ricorrere a tagli dei servizi e senza aumentare ticket e tasse regionali.**

E' la scelta della Regione di fronte a un 2013 in cui per la prima volta il Fondo sanitario nazionale sarà in valori assoluti inferiore a quello dell'anno precedente, con un **definanziamento** per l'Emilia-Romagna **di 260 milioni** da recuperare in un solo esercizio.

"Una frattura radicale - ha spiegato a Bologna l'assessore regionale alle politiche per la salute **Carlo Lusenti** - di cui abbiamo scelto di farci carico come sistema, facendo ognuno la propria parte, in modo sostenibile e appropriato, salvaguardando una visione di prospettiva e continuando nel processo di innovazione e qualificazione in corso".

Il Piano è stato oggetto nelle scorse settimane di un articolato **confronto** con le **rappresentanze professionali, sindacali e sociali del mondo sanitario** e illustrato questa mattina ai componenti della Commissione assembleare per la salute e le politiche sociali. Quattro le azioni principali - tariffe, turnover, convenzioni, con-

tratti per beni servizi - ma anche, come ha sottolineato l'assessore "il proseguimento di quelle azioni di efficientamento che ci permettono di chiudere in pareggio il 2012 nonostante il taglio di 67 milioni di euro della spending review a settembre".

La scelta di difendere i servizi senza "gravare sulle spalle dei cittadini" si accompagna a un'altra scelta importante fatta dalla Regione con

il **Bilancio di previsione 2013** di destinare alla sanità emiliano-romagnola **risorse proprie aggiuntive pari a 150 milioni di euro** e confermando il finanziamento di 70 milioni per il Fondo per la non autosufficienza (che potrà contare anche quest'anno su 430 milioni di euro). In questo modo è stato contenuto uno scostamento che altrimenti avrebbe toccato i 410 milioni di euro, e che è il risultato dell'effetto congiunto delle due manovre dell'estate 2011, della spending review e della legge di stabilità che a livello nazionale prevede per la sanità 600 milioni in meno nel 2013 e 1 miliardo nel 2014.

Cosa prevede il Piano

Quattro azioni principali per garantire anche nel 2013 l'equilibrio finanziario, evitando il rischio concreto di incorrere in un Piano di rientro (le conseguenze sarebbero gravi: tetto massimo per ticket e tassazione regionale; azzeramento del tur-

(Continua a pagina 2)

Sommario:

Sanità Presentato il piano straordinario di sostenibilità della Regione	1
Lento a pagare, rapido ad incassare. Così lo Stato danneggia le imprese	2
Sconti sulle forniture: un flop	3
Accreditati, crisi da spending	4
Via i pagamenti a 60 giorni	5
<i>L'approfondimento</i>	6
Il rapporto interprofessionale tra le professioni sanitarie	
Publicità in studi medici. Bianco: codice etico no	7
Regressioni tariffaria di rimborsi a strutture accreditate	7
L'equipollenza/equivalenza tra MFT e FT ha limiti e regole certe	8
Quei "no" alla Direttiva Qualifiche professionali	9
Staminali riprogrammate contro la cecità	9
Dentisti. ANDI Pavia: "Stato defiscalizzi le prestazioni odontoiatriche"	9
Nuove regole in vista per i dispositivi medici	10
Cure "estere" spese dal SSN	10
Le otto regole per la revisione delle norme sull'accreditamento	11
"Serve una revisione decisiva dei fattori di squilibrio sociale"	12



SANITÀ, PRESENTATO IL PIANO STRAORDINARIO DI SOSTENIBILITÀ DELLA REGIONE

CONTINUA DA PAGINA 1

(Continua da pagina 1)

nover), senza arretrare sulla qualità dei servizi e dell'innovazione.

Il tema pur importante dei posti letto, "non è la vera emergenza al momento" – ha sottolineato Lusenti, ricordando che manca ancora la proposta del Governo, inizialmente prevista per la fine di ottobre, solo dopo la quale potrà essere messo a punto il documento regionale. Tenendo conto dell'iter previsto, la valutazione è che la manovra non produrrà comunque alcun effetto concreto prima della metà del 2013.

Tariffe. La Regione allineerà la tariffe ospedaliere con cui remunera le prestazioni di ricovero fatte dalle strutture pubbliche e private accreditate alla tariffa unica nazionale. Attualmente l'Emilia-Romagna ha tariffe mediamente più alte e la spending review stabilisce che dal 2013 la differenza rispetto

alla tariffa unica nazionale andrà a pesare sui bilanci regionali.

Contemporaneamente la Regione ha deciso di modificare l'attuale articolazione tariffaria, passando da due a tre livelli di tariffe. Va sottolineato che già oggi la maggior parte delle Regioni ha un sistema tariffario che va da un minimo di tre a un massimo di sei livelli tariffari.

Turnover del personale. Negli ultimi 13 anni il personale della sanità emiliano-romagnola è cresciuto ininterrottamente anno su anno, categoria su categoria. Da qui la scelta di coprire il turn over in modo articolato, salvaguardando al massimo il personale addetto all'assistenza.

Un "tavolo" sul rinnovo del contratto integrativo regionale per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. La Regione ha proposto di avvia-

re un confronto con le rappresentanze sindacali dei Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Medici di continuità assistenziale e specialisti ambulatoriali sul contratto integrativo regionale che vale 90 milioni di euro, per rivedere l'attuale sistema di incentivi, eliminando da un lato le sovrapposizioni che nel tempo si sono create con il livello nazionale e dall'altro individuando obiettivi più innovativi e utili alla qualificazione del sistema.

Beni e servizi. In questo caso si tratta di un adempimento imposto dalla legge nazionale. La spending review ha imposto alle Aziende sanitarie il recupero del 5% sui contratti in essere per la fornitura di beni e servizi. Dall'1 gennaio in base alla legge di stabilità questa percentuale viene portata al 10%.



LENTO A PAGARE, RAPIDO A INCASSARE. COSÌ LO STATO DANNEGGIA LE IMPRESE



Corriere della Sera - 10/01/2003

Lo Stato? Ha le sembianze di una tartaruga quando deve pagare i fornitori, ma è scattante come una lepre se deve incassare. E, troppo spesso, ha la ferocia di una tigre nel colpire. Ne sanno qualcosa le migliaia di imprese fornitrici della pubblica amministrazione: vantano crediti per 90 miliardi (si stima), ma sono costrette lo stesso a versare mensilmente l'Iva, le ritenute e i contributi previdenziali. Oltre all'obolo annuale: Irpef (persone fisiche) e Ires (società). Molto spesso per avere la liquidità necessaria devono bussare allo sportello bancario. Ma di questi tempi, si sa, le banche sono piuttosto sorde.

Due recenti sentenze del Gip di Milano



stigmatizzano questo comportamento dell'apparato pubblico e dettano alcuni principi, sani, che dovrebbero regolare i rapporti tra Fisco e cittadini. Un'impresa elettromedicale e un'Onlus che si occupa di recupero dei tossicodipendenti sono state assolve dall'accusa penale di non aver versato le imposte.

Erano finite nella lista nera degli evasori non per propria volontà, ma perché non avevano i soldi da corrispondere all'Erario, in quanto non venivano pagate dall'amministrazione pubblica.

Nel 2008, ad esempio, l'industria sanitaria vantava crediti da quattro aziende sanitarie campane per 1.700.000 euro (alcuni risalenti addirittura al 2005), mentre il debito mancato ritenute era nettamente inferiore (179.000 euro). Per far fronte agli obblighi fiscali il volenteroso imprenditore aveva chiesto un finanziamento

bancario. Rifiutato. Ora i giudici hanno premiato la sua operosità.

Stato che non paga, banche che non finanziano: due cocktail quasi mortali per l'azienda Italia. Più volte in passato è stata proposta la possibilità di compensare i crediti vantati dalle imprese con le imposte da versare, ma senza successo. A frenare una simile norma i timori di entrate mensili meno stabili. E poi c'è quella sfiducia, quel sospetto con cui il Fisco guarda quasi sempre i contribuenti. Si tratta, è vero, di un terreno minato: i crediti possono essere falsi o gonfiati. Ci sono poi difficoltà burocratiche (gli enti coinvolti sono diversi con contabilità diverse). Ma è tanto chiedere allo Stato di essere lepre sia nell'incassare che nel pagare? E ferocia, quello sì, con chi le tasse non le paga?

Fracaro Massimo



SCONTI SULLE FORNITURE: UN FLOP

24 ORE
Sanità

n. 44 del 27 novembre 2012

A fine 2013 mancherà all'appello un miliardo - Asl e Ao tagliano i servizi

Sono finite in un flop le misure di contenimento dei prezzi nei contratti di fornitura di beni e servizi alle Asl previste dalla spending review. Gli obiettivi miravano al 5% di riduzione per il 2012 e con la legge di stabilità (in via di approvazione) tali obiettivi salgono al 10% per il 2013. La realtà è che, nonostante i tentativi di Asl e Ao, sono stati ottenuti sconti solo del 2% nel 2012 contro il 5% previsto e del 2,6% nel 2013. A fronte dei minori finanziamenti si preannunciano, quindi, tagli ai servizi ai cittadini nel 95% dei casi. All'appello manca infatti un miliardo circa di «risparmi», venuti meno nel biennio. È quanto emerge da un'indagine condotta da Fiaso su un campione di 45 tra Asl e Ospedali.

La riduzione dei prezzi avrebbe dovuto riguardare varie voci, dai servizi di lavanderia e mensa a dispositivi medici di alto valore tecnologico, portando un risparmio complessivo di 2,7 miliardi nel biennio. Di fatto, si preannuncia un miraggio, che intanto si è subito declinato in una detrazione dal Fondo sanitario nazionale. «Obiettivi quantomeno ottimistici - sottolinea Fiaso - visto che l'indagine dimostra che nel 2012 i fornitori, in media, hanno concesso sconti solo del 2%, mentre la riduzione attesa per il 2013 cresce appena al 2,6% contro il 10% programmato dalla legge di stabilità. E sono proprio le Regioni più virtuose a essere più in difficoltà, con sconti che arrivano appena all'1,8% nel 2012 e all'1,9% nel 2013. Segno che i tagli lineari finiscono per penalizzare chi è stato più efficiente e non in condizione di ottenere altre

riduzioni di prezzo da contratti già ridotti all'osso».

Dalle elaborazioni emerge come tutte le Aziende abbiano avviato negoziazioni con i fornitori per ridurre volumi e pre-

Il taglio ai servizi, si legge nel Report di Fiaso, sarà direttamente proporzionale ai mancati risparmi nel 37% dei casi, mentre il 58% delle Aziende spera che la riduzione dei servizi sia più contenuta. «Purtroppo i primi segnali non sono positivi - commenta il Presidente Fiaso, **Giovanni Monchiero** - e molte Aziende si vedono già costrette a tagliare su altri fattori produttivi, come a esempio il personale, oltre a quei servizi territoriali dove è più facile intervenire, come l'assistenza domiciliare o quella agli anziani nelle case di riposo». Alle Molinette di Torino, per esempio, si stanno somministrando ai pazienti farmaci con il contagocce, alcune Asl laziali hanno comunicato ai pazienti nutriti artificialmente a domicilio che le soluzioni nutrizionali non potranno più essere fornite in misura sufficiente e a Rimini è stato sospeso il servizio di dialisi notturno. A fronte di questo quadro la Fiaso lancia le sue proposte tecniche: definire un sistema di prezzi di riferimento più congruo per beni e servizi, non basato sul prezzo più basso; costituire un'Agenzia sui dispositivi medici, in grado di definire la congruità dei prezzi in rapporto a innovatività ed efficacia.

Sui risultati della ricerca è intervenuta l'Anaa: «L'ipocrisia dell'invarianza dei servizi con cui la spending era stata presentata - si legge in una nota - si è rivelata un'operazione politica e non contabile che colpirà direttamente quantità e qualità dei servizi ai cittadini e condizioni di lavoro di medici con l'evidente fine di impoverire e delegittimare la Sanità pubblica».

Rosanna Magnano

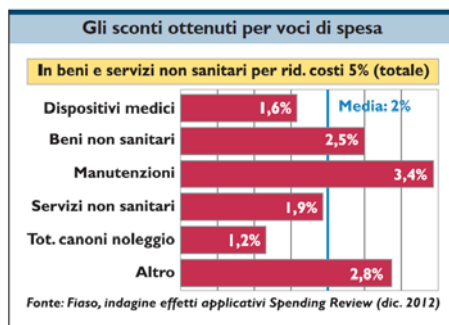
Paese	Indicatore					
	Spesa sanitaria pro-capite (US\$)			Tasso di incremento spesa pro-capite		
	1990	2000	2010	1990-2010	1990-2000	2000-2010
Australia	1.194,50	2.266,60	3.670,20	67,5%	47,3%	38,2%
Canada	1.735,30	2.518,80	4.444,90	61,0%	31,1%	43,3%
Francia	1.443,70	2.544,80	3.974,00	63,7%	43,3%	36,0%
Germania	1.798,10	2.677,80	4.338,40	58,6%	32,9%	38,3%
Grecia	845,80	1.451,00	2.913,70	71,0%	41,7%	50,2%
Italia	1.357,10	2.064,40	2.963,70	54,2%	34,3%	30,3%
Giappone	1.115,40	1.973,60	3.034,60	63,2%	43,5%	35,0%
Olanda	1.413,60	2.340,30	5.066,20	72,0%	39,6%	53,7%
Norvegia	1.367,40	3.043,20	5.387,60	74,6%	55,1%	43,5%
Portogallo	628,20	1.654,50	2.727,70	77,0%	62,0%	39,3%
Spagna	871,00	1.537,80	3.055,70	71,5%	43,4%	49,7%
Svezia	1.593,80	2.286,70	3.757,70	57,6%	30,3%	39,1%
Svizzera	2.029,90	3.221,50	5.269,60	61,5%	37,0%	38,9%
Regno Unito	960,00	1.834,40	3.433,20	72,0%	47,7%	46,6%
Stati Uniti	2.850,70	4.790,50	8.232,90	65,4%	40,5%	41,8%
Media totale Ocse (34 Paesi)	1.185,40	1.887,56	3.264,76	63,7%	37,2%	42,2%
Media Ocse (15 Paesi)	1.413,63	2.413,73	4.150,67	65,9%	41,4%	41,8%

Fonte: elaborazione Fiaso su dati Oecd Health data 2012

stazioni oggetto degli accordi: il 98% ha avviato una negoziazione in bonis o ha optato per una riduzione dei costi contrattuali attraverso un mix tra rimodulazione del prezzo e dei volumi acquistati. Il 64% e il 60% hanno dichiarato di aver intrapreso, rispettivamente, una riduzione del contenuto delle prestazioni e una riduzione dei volumi. Soltanto il 13% ha riferito di aver optato per un'imposizione unilaterale di taglio dei

Risparmi effettivi ottenuti cumulati per riduzione costi 5% e prezzi di riferimento anno 2012 (totale)			
	Valore fatturato 2012	Valore sconto effettivo ottenuto	Media sconto ottenuto
Totale campione	832.510.319,12	18.073.422,78	2,2%
Dev stand	13.345.435,87	500.224,14	1,9%
Min	463.468,97	0,00	0,0%
Max	47.834.000,00	1.916.960,00	7,2%

Fonte: Fiaso, Indagine effetti applicativi Spending review (dicembre 2012)



prezzi pari al 5%, opzione che la norma prevedeva venisse applicata su larga scala. Senza contare che tra chi ha applicato l'imposizione unilaterale (il 13%), soltanto il 3,8% ha ottenuto poi una risposta positiva da parte dei fornitori.



**EMILIA ROMAGNA - A RICHIO IL MODELLO VIRTUOSO
DI INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO**

ACCREDITATI, CRISI DA SPENDING

24 ORE
Sanità

n. 44 del 27 novembre 2012

Il mix di tagli a posti letto e risorse sarà un boomerang per il servizio pubblico

La manovra governativa (spending review e legge di stabilità) con cui il Governo ha messo in discussione la Sanità in questi ultimi mesi, applicata alla Regione Emilia Romagna, presenta numerosi profili di profonda iniquità: colpisce in modo uguale con tagli lineari Regioni virtuose e Regioni con piani di rientro, realtà che hanno da tempo chiuso le strutture inefficienti e hanno con la Sanità privata un rapporto franco e paritario, e realtà con forti sprechi e modelli organizzativi lasciati al caso, nella migliore delle ipotesi.

In Emilia Romagna a partire dal 1996, grazie a una profonda collaborazione con l'assessorato alla Sanità e con gli assessori Bissoni prima e Lusenti poi, è stata messa in piedi, con sforzi e sacrifici da parte di tutti, una rete pubblico-privata che ha garantito l'equilibrio delle varie componenti e mostrato i segni di una forte integrazione e complementarità tra i due diversi soggetti, divisi dalla differente "natura", ma accomunati dal fine e dalla connotazione pubblica del servizio reso.

Ora tutto viene rimesso in discussione in nome di una azione di revisione della spesa che ha tutto di quantitativo (come vedremo praticamente senza effetti sui livelli del deficit) e poco o niente sul versante della qualità.

Tre sono gli ambiti toccati dall'azione di governo e di riflesso oggetto delle strategie messe in atto dalle Regioni in queste settimane: posti letto, budget e tariffe (in ordine inverso quanto a negatività sul sistema imprenditoriale privato).

Sui posti letto è stata prevista una riduzione lineare senza differenze tra Regioni in dissesto e non, che, per come è strutturata (è di questi giorni la bozza di decreto applicativo), falcidierà realtà ospedaliere piccole ed efficienti, accomunandole senza appello a quelle disorganizzate e improduttive, creando i presupposti perché il taglio sia diviso a metà tra pubblico e privato (quando il "peso" è invece in rapporto 1 a 6...). Nella nostra Regione 2.500 posti letto

da tagliare su 20.000 (e il sistema era in equilibrio!) è praticamente un sacrificio richiesto anche al privato in misura insopportabile, che, essendo il sistema dell'ospedalità privata a budget sul fatturato, non apporterà nessun risparmio di spesa, ma solo un impoverimen-



to patrimoniale e produttivo delle strutture.

Il posto letto, per queste nostre strutture, è una variabile che non incide sull'attività prestata per il Ssn giacché ora circa il 70% della risorsa materiale è destinato al pubblico, essendo il restante 30%, pur accreditato, dedicato al privato pagante, agli enti terzi e alle assicurazioni.

Anche sul budget il taglio è lineare e distribuito in Italia con le stesse percentuali (0,5% nel 2012, 1% nel 2013 e 2% nel 2014): in Emilia Romagna non porterà danni irreparabili al sistema privato, mentre colpirà duro in altre Regioni, anche tra le virtuose, che spesso in questi ultimi quattro anni hanno in autonomia operato tagli del 15%, fino al 20%, rendendo più pubblica l'assistenza quanto alla natura dell'ente gestore (i ricoveri totali non sono diminuiti in corrispondenza) e più esposta a rischi di inefficienza nella produzione delle prestazioni.

Unito però alla manovra sui posti letto, il taglio del budget aumenterà l'intensità delle ripercussioni sull'equilibrio aziendale delle strutture, senza reali conseguenze sulla spesa complessiva: ciò che per la riduzione dei tetti non sarà fatto dal privato (la spending di per sé non guarisce...) finirà nel pubblico che, come si sa, o produce a costi più alti o è già oberato da afflussi insostenibili (letti in corsia e lunghe file nel pronto soccorso).

Ma veniamo al dato più pericoloso e

rilevante. Recentemente la Sanità privata dell'Emilia Romagna è stata convocata dalla Direzione generale dell'assessorato a un incontro avente per tema la revisione tariffaria del sistema (remunerazione dei singoli ricoveri), in omaggio a quella parte della manovra governativa che attribuisce alle casse regionali l'eccesso di spesa dovuto a tariffe più alte di quelle nazionali (da emanare). Si noti che, essendo finanziate le strutture private "veramente" a budget (con forti penalità in caso di esuberi: 100% di quanto prodotto in più) crescere o calare la tariffa poco incide sul livello di spesa.

In quell'incontro è stato proposto di arrivare a riduzioni medie per il privato, rispetto alla tariffa attuale, del 25%-30% e di suddividere tutte le strutture in quattro fasce di importanza: super, A, B e C.

Ciò, a dire della Regione, avrebbe prodotto una "sferzata" al sistema pubblico in grado di assorbire, in parte, i tagli al fondo sanitario e favorito la cosiddetta territorializzazione dell'assistenza.

Le strutture private sarebbero state, quasi tutte assoggettate alla fascia "C" (-25% di tariffa), la riabilitazione ortopedica praticamente relegata a tariffe da lungodegenza, la psichiatria (ora residenziale) di fatto dimezzata quanto a livello di remunerazione.

Stiamo parlando di livelli tariffari che non lasciano alcun margine a operazioni di recupero di efficienza (già attivate in questi 15 anni: le tariffe sono cresciute mediamente del 25% con l'inflazione al 45%-50%) e prefigurano niente di meno che la fine della presenza privata nel modello ospedaliero emiliano-romagnolo, che dell'integrazione tra questi due mondi aveva fatto, se non una bandiera, certamente un modello di coesistenza se non unico (assieme alla Lombardia) quanto meno del tutto particolare e oggetto di studio e imitazioni.

Ci si dice che tutto in questa fase storica è in evoluzione e che anche i modelli più riusciti devono cambiare e produrre adattamenti.

Siamo sicuri che sia questa la strada? Un

(Continua a pagina 5)

CONTINUA DA PAG. 2

ACCREDITATI, CRISI DA SPENDING

(Continua da pagina 4)

percorso che passa per l'impoverimento immediato e senza appello di un intero settore (5.500 posti letto e 8.000 addetti, 350 milioni di euro di fatturato) non porta da nessuna parte. I bilanci delle nostre aziende chiudono già ora vicini al pareggio.

La qualità espressa con l'adozione dei criteri di accreditamento istituzionale è alta e costosa, i controlli sono giustamente approfonditi e la casistica è nei canoni, già da tempo, dell'appropriatezza e della congruità assistenziale.

Crediamo che, volontariamente o meno, si stia portando il sistema a un punto di rottura e ciò che sarà in gioco nei prossimi anni altro non è che l'assistenza ai malati, per come è comunemente intesa: il sistema privato dell'Emilia Romagna produce ogni anno 110.000 ricoveri, 1/6 del totale, costa 1/10 del totale della spesa ospedaliera e ha un case-

mix (intensità di cura) molto simile al pubblico: dove finiscono i casi non trattati dal privato se il sistema, come certamente avverrà, andrà in crisi? E tutto in nome di una manovra tariffaria che, se non ha il fine dichiarato di azzerare un settore, non porterà benefici di spesa per il sistema, se non in quelle percentuali (0,5%, 1%, 2%) appena citate.

La nostra posizione non è però statica, siamo disposti ad affrontare ogni cambiamento o riconversione ci verranno richiesti; il quadro di integrazione che abbiamo raggiunto ci porta naturalmente a "navigare" sulla stessa barca e affrontare le stesse tempeste.

Non vogliamo essere da meno. Abbiamo chiesto da anni di diventare "presidi" del territorio proprio per accentuare questa nostra connotazione: siamo accreditati in modo definitivo, presenti in ogni settore, differenziati nell'attività e con pari incidenza media del peso tecni-

co dei ricoveri rispetto al pubblico.

Vogliamo restare nel sistema, ma siamo aziende private che non possono prescindere dall'equilibrio aziendale e dalle logiche di impresa, senza ripiani a fine anno e a piè di lista...

La politica aveva capito da tempo che il sistema pubblico ha tutto da guadagnare dalla presenza di un privato forte e controllato, perfettamente integrato. Poiché crediamo che non abbia cambiato strategia, confidiamo che anche sui tre versanti appena descritti sappia trovare (anzi, ritrovare) la via dell'equità: rispettosa di tutti e propulsiva di un sistema misto che tale vuole restare e che intende affrontare assieme il cambiamento.

Mario Cotti

*Presidente regionale
Aiop Emilia Romagna*

Alberto Breschi

Avvocato e consulente Aiop



VIA I PAGAMENTI A 60 GIORNI

24 ORE
Sanità

n. 41 del 6 novembre 2012

Il giro di vite voluto dalla Ue sui ritardi nei pagamenti tra privati e tra questi ultimi e la pubblica amministrazione è adesso in vigore anche in Italia. Ma partirà con i contratti conclusi a decorrere dal primo gennaio. Il decreto legislativo di recepimento della norma quadro Ue è stato approvato nella seduta del Consiglio dei ministri del 31 ottobre e adesso manca solo la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale attesa a giorni. Con il nuovo anno per le Asl e la pubblica amministrazione la musica dovrà cambiare. I pagamenti - soprattutto quelli nel settore sanitario - dovranno "rimettersi in riga" e rispettare il calendario fissato dalla direttiva. E cioè i 30 giorni canonici con l'eccezione della Sanità che però potrà arrivare al massimo a 60 giorni. Lo dice nero su bianco l'articolo 1 del decreto legislativo (Schema di decreto legislativo di attuazione della direttiva 2011/7/Ue

Ai ritardatari sanzione dell'8%

del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 febbraio 2011 relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali (rifusione)).

«Per quanto riguarda i contratti in cui il debitore è una pubblica amministrazione - recita la relazione illustrativa del provvedimento - si prevede un termine di pagamento, di regola, non superiore a trenta giorni; tenendo conto di situazioni parti-

colari, è consentito fissare un termine legale di pagamento fino a un massimo di sessanta giorni in due casi, ossia per le imprese pubbliche (che svolgono attività economiche di natura industriale o commerciale, offrendo merci o servizi sul mercato) e per gli enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria; è lasciata facoltà alle parti di concordare, purché in forma espressa, un termine superiore a trenta giorni, se oggettivamente

giustificato dalla natura o dall'oggetto del contratto o da particolari circostanze esistenti al momento della conclusione dell'accordo, ma comunque non superiore a sessanta giorni».

Stesso discorso vale per gli interessi di mora, e cioè per i criteri con i quali far decorrere il calcolo del ritardo. Qui il decreto legislativo ha previsto due tipi di sanzione per la pubblica amministrazione: il versamento degli interessi di mora a un tasso "legale" (tasso Bce maggiorato dell'8%); e il versamento di un forfait di 40 euro per il rimborso a copertura dei costi amministrativi di recupero del credito.

Soddisfazione dal mondo industriale nei confronti del "calendario" dei pagamenti. Secondo Confindustria «si tratta di una misura che impedirà l'ulteriore aumento dei debiti del settore pubblico, stimati attualmente in circa 100 miliardi di euro».

Flavia Landolfi

L'APPROFONDIMENTO



IL RAPPORTO INTERPROFESSIONALE TRA LE PROFESSIONI SANITARIE

A tutt'oggi esistono 22 professioni sanitarie che rivendicano autonomia nelle proprie competenze.

Ciò premesso, in certi ambienti all'equazione competenza = sapere si cerca di sostituire quella della competenza = saper fare, ma il saper fare deriva dal sapere che è costituito da tutta quella serie di conoscenze ed esperienze che consentono di porre una diagnosi differenziale; si dà quindi per scontata una capacità diagnostica da parte di soggetti non medici senza curarsi se chi tratta il caso ha gli strumenti culturali adeguati per agire appropriatamente.

Il legislatore ha attribuito singole specificità di ruolo a corsi di laurea universitari senza una precisa definizione giuridica del relativo profilo professionale che ne stabilisca le pertinenze; neppure una definizione dell'atto medico esiste, la legge si limita a punire l'esercizio abusivo della professione medica (Art. 348 C.P.). A tutto ciò hanno dovuto vicariare la giurisprudenza delle supreme Corti di Cassazione e Costituzionale e la Deontologia.

Cerchiamo di fare un po' di chiarezza: il Codice di Deontologia Medica all'art. 66 così riporta: "il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali"; così è anche nei Codici Deontologici delle altre professioni sanitarie.

In questa situazione alcune regioni hanno attribuito, per esempio agli infermieri, competenze fin ora esclusive della professione medica; a tale proposito la sentenza 424/2006 della Corte Costituzionale così recita: "... l'individuazione delle figure professionali con i relativi profili è riservata allo Stato..." per cui le regioni non hanno il potere di attribuire, nella fattispecie agli infermieri, compiti di diagnosi e cura estranei al DM 739/94 che ne definisce il relativo profilo professionale; inoltre, nonostante il Dlgs 517/93 abbia attribuito alle regioni il compito di regolamentare l'organizzazione del servizio infermieristico, la legge 833/78, all'art. 6 comma 1 lettera Q, ribadisce che "... rimane compito esclusivo dello Stato

firmare i requisiti per l'esercizio delle professioni sanitarie...".

Altri riferimenti: la sentenza 3403/96 della Corte di Cassazione VI sez. penale: "... al medico competono il ruolo e la responsabilità nella diagnosi e terapia, all'infermiere compete la responsabilità dell'assistenza, dell'eventuale coordinamento del personale subordinato e della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche...", la sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale a proposito della Fecondazione Medicalmente Assistita: "... resta pur sempre il medico il protagonista ed il primo responsabile delle fasi relazionale, diagnostica e terapeutica in cui si articola la sua attività...", la sentenza 10454/2010 Corte di Cassazione Civile: "... è riconosciuto al medico un ruolo preminente e come tale garante anche delle scelte praticate dal personale dipendente, con lo specifico obbligo di sorveglianza e di controllo e con l'assunzione di una responsabilità ad altri non delegabile ma neppure produttiva di impunità per ogni altro operatore che sbaglia...", la sentenza 43328/2011 Corte di Cassazione Penale: "... in relazione alla professione medica, che si estrinseca nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescrivere la cura, commette il reato di esercizio abusivo della professione medica chiunque altro esprima giudizi diagnostici ed appresti le cure al malato...", la stessa Convenzione Nazionale per la Medicina Generale, poi, all'art. 5 dell'allegato H al DPR 270/2000, riconfermato nell'ACN del 2005 afferma che "... il coordinatore dell'ADI all'assistito del SSN è il medico di medicina generale...".

Quindi al medico competono senz'altro diagnosi, prognosi e terapia, alle altre figure sanitarie, con le rispettive peculiarità, l'identificazione di segni e sintomi che richiedono l'intervento medico, l'individuazione e la programmazione dei percorsi assistenziali, la corretta e puntuale somministrazione della tera-

pia, la manutenzione dei vari presidi. A comune queste professioni hanno tutt'al più l'educazione sanitaria.

Fanno eccezione gli stati di necessità (art. 54 C.P.) secondo cui l'infermiere ad esempio, in condizioni di emergenza, può essere autorizzato a praticare terapie e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali su indicazione del medico; questo tuttavia non deve essere inteso come una consuetudine.



In conclusione per svolgere un ruolo assistenziale positivo e armonico tra le varie professioni sanitarie occorrono: atti legislativi appropriati, rispetto reciproco, consapevolezza delle proprie competenze e dei propri limiti professionali, espletamento di eventi formativi in comune.

I pazienti hanno diritto di avere un'assistenza multidisciplinare garantita da una effettiva organizzazione dei vari interventi dove le diverse figure professionali operino in modo effettivamente sinergico; è contrario all'interesse del paziente che i vari attori lavorino in un clima competitivo o di sovrapposizione in ragione di una assurda autonomia, invece di interagire in modo continuo e collaborativo, con pari dignità, ma con un coordinatore effettivo ed accettato che non può essere altri che il medico.

Da ultimo una citazione: "... quindi, se è vero che si devono riconoscere alle nuove professioni sanitarie rispettivi profili di competenze, non può del pari ritenersi ammissibile una indiscriminata confusione operativa e tanto meno una sostanziale erosione del ruolo e della dignità del medico..."

**(Atti Cons. Naz. FNOMCeO
Rimini 13-06-2010). TM**



PUBBLICITÀ IN STUDI MEDICI, BIANCO: CODICE ETICO DICE NO

In alcuni studi medici sono comparsi poster che invitano a consumare specifici marchi di acque minerali poiché considerate "salutari". Un'iniziativa accompagnata dal timbro della Federazione italiana medici di medicina generale e che prevede anche il sorreggio, per i medici che espongono il poster, di 100 crociere di un week end. Lo segnala un'inchiesta pubblicata dalla rivista *Il fatto alimentare* ma, come ricorda **Amedeo Bianco**, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), secondo il codice deontologico, il singolo professionista non dovrebbe spendere la sua immagine per promuovere prodotti commerciali. «La questione è stata posta nelle sedi appropriate e verrà affron-



tata» afferma «non ci sono stati richiami ma i medici che hanno aderito all'iniziativa, sono stati sollecitati a una riflessione generale e contiamo di ottenere dei risultati condivisibili». Non è certo la prima volta che accade, ricorda Bianco, «anche dentifrici e detersivi intimi hanno ricevuto il sostegno di associazioni di medici». E il punto critico è proprio questo: «Il codice pone punti di riferimento per il singolo medico, invitandolo in linea di massima a non affiancare la propria immagine a messaggi promozionali di natura commerciale» puntualizza. Dunque non si rivolge in modo specifico alle associazioni di professionisti, ai sindacati e alle società scientifiche: «L'orientamento dovrebbe essere analogo» aggiunge Bianco «fatto salvo per iniziative che, mantenendo il mes-

saggio nella sobrietà e nella veridicità, avessero come obiettivo finale il sostegno di progetti a carattere sociale, ma resterebbe comunque sconsigliabile. In questi casi potrebbero essere prese in considerazione, anche se resta sconsigliabile». Rispetto a questo tema, spiega il presidente di Fnomceo, «il nuovo codice che aggiornerà quello definito nel 2006, affronterà la dimensione delle associazioni e verrà puntualizzato che si dovranno chiamare fuori da certe iniziative oppure identificarle chiarendone la finalità».

Simona Zazzetta



REGRESSIONE TARIFFARIA DI RIMBORSI A STRUTTURE ACCREDITATE

Il fatto

Una società che svolge attività di assistenza riabilitativa in regime di accreditamento provvisorio con il Ssn ha impugnato le delibere della Asl con le quali si stabiliva di non retribuire le prestazioni rese oltre la data di esaurimento dei volumi di spesa fissati e di rideterminare la misura della regressione tariffaria unitaria, richiedendo alla struttura, a titolo di concorso al superamento del tetto di spesa aziendale, l'emissione di una nota di credito.



Il diritto

I giudici amministrativi non hanno rilevato profili di illegittimità negli atti e nelle scelte dell'Azienda ed hanno chia-

rito come il sistema di regressione progressiva del rimborso tariffario delle prestazioni sanitarie che eccedono il limite massimo prefissato è espressione del potere autoritativo di controllo della spesa sanitaria in funzione di tutela della finanza pubblica.

Gli atti impugnati, nel determinare i limiti e le condizioni delle prestazioni che la ASL è disposta ad acquistare, costituiscono un vincolo contrattuale che il ricorrente può liberamente accettare o rifiutare, se non ritenuto conveniente, senza alcuna possibilità di costringere una delle parti ad impegnare somme superiori rispetto alle risorse disponibili. L'unico rimedio a disposizione della

struttura privata accreditata è che, a differenza di quelle pubbliche, non ha l'obbligo di rendere le prestazioni agli assistiti se non nel quadro dell'accordo negoziale stipulato.

Esito del giudizio

Il Tar ha respinto il ricorso e compensato le spese di giudizio.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net





L'EQUIPOLLENZA/EQUIVALENZA TRA MFT E FT HA LIMITI E REGOLE CERTE

C'è una recente sentenza del Tar Campania, depositata in segreteria il 21 maggio, che conferma praticamente tutto quello che ci siamo raccontati in questi lunghi anni sulla validità dei titoli pregressi ai Diplomi Universitari e sulla reale consistenza di quelli conseguiti dopo la riforma voluta, dal Legislatore, con il Dlgs 502/92.

Era stato lo stesso Ministero della salute a luglio 2010 a dire che: «La questione delle competenze delle figure professionali che operano nel settore di cui trattasi, è attualmente in fase di valutazione da parte della magistratura. A tal proposito, si segnala che con la recente sentenza n. 5/2010, il Tar dell'Umbria è intervenuto sulla figura del massofisioterapista, collocando la stessa non già fra le professioni sanitarie (ausiliarie), bensì fra gli operatori di interesse sanitario di cui alla legge 43/2006. Detto inquadramento sistematico, se confermato dal Consiglio di Stato presso cui la citata sentenza è stata impugnata, colocherebbe i massofisioterapisti ad un livello inferiore rispetto non solo alle professioni sanitarie, ma anche rispetto alle arti ausiliarie delle professioni sanitarie».

Fu certo una scoppola per i ricorrenti. In primis un istituto umbro, il Fermi, che aveva portato la formazione da due a tre anni per sperare in qualche modo di poter usufruire di una qualche forma di equiparazione al fisioterapista. Neanche a farlo apposta è arrivata questa recente sentenza del Tar Campania, ma, per la verità, anche quella della Sezione Lavoro della Corte di Cassazione n. 8050 del 22 maggio. In buona sostanza e ridotta ai minimi termini, nella sentenza campana possiamo leggere che il profilo del fisioterapista ha assorbito quello del Mft e l'equipollenza, o la recente equivalenza al fisioterapista, dei titoli di mft si applica solo a quelli rilasciati prima dell'entrata in vigore della legge 42/99.

Innanzitutto, a presentare ricorso, anche stavolta, lo stesso istituto umbro, alcuni mft post 96' e un sindacato di categoria. I ricorrenti se la prendono con il decreto n. 64 del 26 settembre 2011 del Commissario ad acta della Campania che, per contenere le spese, ha riformato le procedure di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa escludendo il mft dal personale qualificato ad erogarle ai presidi accreditati.

Per il giudice non è contestabile questa esclusione per il semplice motivo che, razionalizzando l'erogazione delle cure per pacchetti e non per prestazione singola, *"l'unico operatore in grado di assicurare la corretta e completa erogazione di tutte le prestazioni ivi inserite è quella del fisioterapista (omissis) ed invero dal punto di vista della tipologia degli interventi l'attività del fisioterapista comprende ormai quella del massofisioterapista"*. Ragion per cui (omissis) *"in questo rinnovato quadro regolatorio, rispetto al quale l'amministrazione gode di una ampia discrezionalità programmatica ed organizzativa, la compressione degli spazi operativi ai massoterapisti (omissis) trova la sua oggettiva e ragionevole giustificazione, quale conseguenza diretta ed inevitabile della modifica del descritto sistema di prescrizione-erogazione-rimborso delle prestazioni riabilitative semplici"*.

Allargando poi il discorso alla validità o meno dei titoli di massofisioterapista, il Tar, dopo aver fatto una minuziosa disamina delle leggi vigenti, arriva a dire che: *"la suddetta normativa non prevede l'equipollenza, tout court, dei diplomi di mft al diploma universitario di fisioterapista, ma soltanto nei limiti in cui tali diplomi siano stati conseguiti in base alla normativa precedente a quella attuativa dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992"*. Ragion per cui anche qui si arriva alle stesse conclusioni del Tar umbro ritenendo sopresse le figure professionali sanitarie non incluse nell'elenco di quelle espressamente riconosciute dal d.m. 29 marzo 2001, tra le quali non figura il Mft.

Il perchè lo sappiamo:

a) il Mft, con titolo triennale, conseguito in base alla legge 403/71 e diplomatosi presso scuole regionali o statali, cioè non culturali, entro il 17 marzo 1999 (data di entrata in vigore della legge 42/99), da corsi iniziati entro il 31 dicembre 1995, ha goduto dell'equipollenza automatica alla figura del fisioterapista, in base al comma 1 dell'articolo 4 della legge 42/99. Cosa questa enunciato dal DM 27 luglio 2000.

b) I Mft con un titolo biennale, conseguito in base alla legge 403/71 e diplomatosi presso scuole regionali o statali, cioè non culturali, entro il 17 marzo 1999 (data di entrata in vigore della legge 42/99), da corsi iniziati entro il 31 dicembre 1995, stanno per essere resi

equivalenti al fisioterapista, in base al comma due dello stesso articolo. La procedura per il riconoscimento dell'equivalenza si avvia su istanza dell'interessato e deve essere inoltrata alla Regione o alla Provincia Autonoma che ha autorizzato e svolto il corso al termine del quale è stato conseguito il titolo di cui si chiede la valutazione ai fini dell'equivalenza.

Quanto poi ai titoli che ancora oggi rilascia l'istituto umbro il giudice, dicendo la sua, ricalca quanto già sentenziato a Perugia. Per il tribunale, la legge 43/06, accanto alle professioni sanitarie, prende in considerazione i profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie. E visto che la disciplina attuale prevede questa categoria, nell'ambito della quale possono trovare posto attività che si connotano per la mancanza di autonomia ed alle quali corrisponde una formazione di livello inferiore, li possono confluire i nuovi mft post 1996. estremamente chiaro questo passaggio della sentenza: *"Poiché le attività sanitarie (in senso lato) non mediche sono tutte comprese nell'articolo 1 della legge 43/2006 (si noti entrata in vigore circa un mese dopo l'articolo 4-quater, del d.l. 250/2005, (poi legge 27/2006 ndr) e che quindi rappresenta senza dubbio la vigente disciplina in materia) occorre concludere che quella del massofisioterapista - non espressamente soppressa come attività o figura professionale - sopravvive e trova collocazione nell'ambito della predetta categoria di -operatori-"*. Qui poi al giudice sfugge la reale collocazione di questi operatori di interesse sanitario. Collocazione chiarita dalla Corte Costituzionale con sentenza n.300 del 2007 quando scrive: *"Egualmente non pertinente è il riferimento al contenuto dell'art. 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43 (omissis), secondo il quale «Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie»"*. Infatti, per un verso tali profili vanno riferiti esclusivamente ad attività aventi carattere **"servente" ed "ausiliario"** rispetto a quelle pertinenti alle professioni sanitarie - peraltro ad un livello inferiore rispetto a quello proprio delle «arti ausiliarie delle professioni sanitarie», anche esse rientranti nella materia delle «professioni di cui all'art. 117, terzo comma, Cost.»

di Gianni Melotti



QUEI "NO" ALLA DIRETTIVA QUALIFICHE PROFESSIONALI

Giù le mani dalle specificità e dall'esclusività della professione medica e altolà al rischio di abbassare gli standard qualitativi minimi. Nel corso dell'ultimo Council meeting del 17-19 ottobre scorso a Cipro, dalla Uems - l'Unione europea dei medici specialisti - sono arrivate due importanti richieste di modifica della direttiva europea 2005/36/EC sul riconoscimento del titolo professionale.

Sotto la lente, in particolare, gli articoli 1 e 4 del testo. «Nel primo articolo - spiega il vice-direttore Uems Salvatore Ramuscello - la nuova direttiva prevede per il riconoscimento del titolo professionale, e quindi il libero movimento del professionista, un minimo training comune. È proprio su questo concetto che la Uems non è d'accordo: il training che il medico, in qualunque Paese, deve svolgere per diventare specialista deve essere al contrario elevato. L'autorità nazionale avrà sempre la responsabilità della formazione ma bisogna evitare che l'accordo tra tutti i Paesi Ue avvenga ai livelli più bassi. Purtroppo alcuni Stati, come la Spagna, stanno già prevedendo una riduzione del numero di anni per alcune specializzazioni». C'è poi in ballo il tema, dibattutissimo anche dentro i confini nazionali, della possibilità di estendere ad altre figure professionali alcuni settori di attività previ-

sti nel titolo professionale attualmente richiesto. «Questo forse può essere possibile per altre professioni, non certo per il campo medico che deve rimanere unico e prevedere un unico percorso indivisibile. La direttiva dovrà riferire l'esclusione da questo articolo della professione medica », spiegano lapidari dalla Uems.

Da qui all'approvazione, a Cipro, di una

dichiarazione sull'autonomia professionale, il passo è stato breve. La promessa Uems è che il medico si impegna perseguire con la propria responsabilità la massima qualità e sicurezza delle cure, invitando la politica a fare lo stesso attuando scelte economiche e organizzative altrettanto responsabilmente.

B.Gob.



STAMINALI RIPROGRAMMATE CONTRO LA CECITÀ

**CELLULE DELLA PELLE SONO STATE RINGIOVANITE E TRASFORMATE IN
CELLULE RETINICHE: CAVIE CIECHE HANNO RECUPERATO IN PARTE LA VISTA**

Cellule della pelle sono state ringiovanite e trasformate in cellule per rigenerare la retina. Lo hanno fatto ricercatori della Columbia University (Usa): la sperimentazione è avvenuta su cavie cieche, con risultati incoraggianti. Dopo aver trasformato le cellule adulte di un essere umano in cellule staminali retiniche - grazie a una riprogrammazione del DNA - le cellule "bambine" sono state iniettate sotto la retina di cavie di laboratorio che hanno così beneficiato di un miglioramento della vista parziale ma duraturo. I ricercatori hanno prelevato le cellule cutanee da un donatore di 53 anni. Poi le hanno riprogrammate utiliz-

zando dei virus per trasportare alcuni geni così da ringiovanire le cellule fino allo stadio di staminali. Dopodiché, grazie a fattori di accrescimento, sono state fatte sviluppare in giovanissime cellule retiniche. Infine queste staminali pluripotenti indotte (iPS) sono state iniettate sotto la retina di 34 topolini - preventivamente modificati geneticamente con la retina degenerata come nei malati di retinite pigmentosa. Si è osservato un incremento dell'attività bioelettrica della loro retina.

Fonti: [Molecular Medicine](#),
[Columbia University Medical Center](#)



DENTISTI. ANDI PAVIA: "STATO DEFISCALIZZI LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE"

L'obiettivo è quello di garantire la salute orale per le fasce più deboli della popolazione, rendendo accessibili i "livelli di eccellenza" dell'odontoiatria italiana con costi paragonabili a quelli dell'Est Europa, senza intaccare gli onorari dei professionisti.

14 DIC - Defiscalizzare le prestazioni odontoiatriche erogate in regime di libera professione per poter garantire la salute orale della popolazione, fruendo dei "livelli di eccellenza" dell'odontoiatria italiana con costi al pubblico paragonabili a quelli dell'Est Europa. Questa, la proposta formulata dal Presidente di Andi Pavia e vicepresidente Andi Lombardia, **Giuseppe La Torre**, nel corso di una conferenza stampa tenutasi nella sede dell'Ordine dei Medici di Pavia.

Nello specifico la proposta condivisa è la seguente: per offrire un servizio di cure odontoiatriche che mantenga gli attuali livelli di qualità e garantisca un costo accessibile anche alle fasce più deboli della popolazione, è necessario defiscalizzare prestazioni erogate. "Se più del 60% dell'introito di uno studio odontoiatrico è rappresentato dai costi vivi e fissi per renderlo operativo, e del rimanente, oltre il 70% se ne va in tasse e contributi - ha spiegato La Torre - il margine di guadagno netto per un dentista si aggira intorno al 10% a fronte di un rischio d'impresa che posiziona uno studio odontoiatrico nell'area del management. Una redditività non in linea con quella delle altre categorie professionali, dove per altro i costi vivi sono di gran lunga inferiori".

Quale sia la soluzione, dunque, appare evidente: "Non essendo in grado di proporre e sostenere una seria politica sanitaria pubblica in ambito odontoiatrico, lo Stato defiscalizzi le prestazioni libero-professionali e noi garantiremo la nostra competenza e la qualità delle nostre terapie agli stessi prezzi che vengono fatti in Croazia - ha concluso il presidente La Torre -, senza ulteriormente mortificare i nostri onorari e con unanime soddisfazione. Il comune obiettivo deve essere una odontoiatria eccellente alla portata di tutti; la corretta attribuzione delle responsabilità ed il conseguente giudizio sociale è comunque un passo verso la soluzione del problema".



NUOVE REGOLE IN VISTA PER I DISPOSITIVI MEDICI

In primo luogo cambia la modalità di disciplina. Non più tre direttive (dispositivi medici, impiantabili attivi e diagnostici in vitro) ma solo due Regolamenti: uno per dispositivi medici (comprensivo anche degli impiantabili attivi) e relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro (in sostituzione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico-diagnostici in vitro).

Inoltre anche il passaggio da una disciplina tramite Direttiva ad una regolamentazione tramite Regolamenti non è di poco conto: infatti mentre le direttive devono essere attuate nei vari Stati membri i Regolamenti sono direttamente applicabili.

Veniamo ora alle novità sostanziali. Le due proposte di Regolamento contengono le seguenti novità:

- ampliamento del campo di applica-

zione (anche ai dispositivi medici con finalità estetica)

- maggiore sorveglianza degli organismi di valutazione indipendenti da parte delle autorità nazionali
- rafforzamento poteri attribuiti agli organismi di valutazione (ispezioni senza preavviso e prove a campione)
- chiarimento diritti e le responsabilità di fabbricanti, importatori e distributori anche per quanto riguarda i servizi diagnostici e la vendita online;
- sviluppo data base DM
- miglioramento tracciabilità (introduzione di un sistema unico d'identificazione dei dispositivi)
- rinforzo requisiti relativi alle prove cliniche

- adeguamento norme applicabili ai progressi tecnologici e scientifici,

- miglioramento coordinamento tra le autorità nazionali di sorveglianza per garantire che siano disponibili nel mercato europeo solo dispositivi sicuri;

L'obiettivo è garantire una maggiore sicurezza dei DM per pazienti e consumatori, informare meglio i sanitari sui benefici e sui rischi residui, migliorare la concorrenza per fabbricanti EU.

Avv. Silvia Stefanelli

Fonte: http://ec.europa.eu/health/medical-devices/documents/revision/index_en.htm



CURE "ESTERE" SPESATE DAL SSN

Non rileva l'evidenza scientifica quanto invece i benefici sulla salute

Con una sentenza che farà discutere, datata 29 ottobre, il Tribunale di Roma - accogliendo il ricorso dei genitori di una bambina - ha ordinato alla Asl RmC di rimborsare le spese per le cure sostenute all'estero dalla bimba affetta da Tay-Sachs, una malattia del sistema nervoso di origine genetica letale e gravemente debilitante che porta a rapida morte.

Nel caso di specie la bambina aveva perso nell'arco di poco tempo gran parte delle capacità neuromotorie, come la deambulazione, il linguaggio, la deglutizione, l'aggancio visivo. E tutto questo, nonostante fosse sottoposta a una cura sperimentale presso un ospedale romano. Nel gennaio del 2011 i genitori vennero a conoscenza dell'esistenza di un centro di alta specializzazione in Israele. Dopo un ciclo di cure pagate a loro spe-



se si resero conto che la bambina era migliorata e, conseguentemente, chiesero l'autorizzazione al proseguimento delle cure a carico del Ssn, richiesta che viene però respinta «per mancanza di totale evidenza scientifica di efficacia della cura proposta». Nella sentenza il

Giudice rileva che il dato saliente non è l'evidenza terapeutica rispetto alla guarigione, ma l'idoneità della terapia ad assicurare il miglioramento della qualità di vita dell'individuo. Di conseguenza, pur in «mancanza di totale evidenza scientifica della cura proposta e a fronte di un evidente miglioramento delle condizioni generali del malato, il Ssn deve garantire le cure anche se fossero solo palliative».

Il concetto non è totalmente nuovo in quanto già la Corte di cassazione con la sentenza della sezione Lavoro 18 giugno 2012 n. 9969, aveva riconosciuto il diritto al rimborso delle somme impiegate dal defunto congiunto di una paziente

per eseguire cure mediche all'estero, sul presupposto che si fosse trattato di cure urgenti e non eseguibili presso le strutture italiane.

In quella circostanza la Cassazione affermava che «il diritto dei cittadini all'assistenza sanitaria trova fondamento nell'articolo 32 della Costituzione, comma 1, in quanto diritto primario e fondamentale dell'individuo. Quindi nell'ipotesi in cui a fondamento della domanda di un assistito del Ssn, rivolta a ottenere il rimborso di spese ospedaliere non autorizzate dalla Regione, vengano dedotte ragioni di urgenza - che comportano per l'assistito pericoli di vita o di aggravamento della malattia o di non adeguata guarigione, evitabili soltanto con cure tempestive non ottenibili dalla struttura pubblica - manca ogni potere autorizzatorio discrezionale della pubblica amministrazione non essendo rilevante in contrario l'eventuale discrezionalità tecnica nell'apprezzamento dei motivi di urgenza, atteso che oggetto della domanda è il diritto primario e fondamentale alla salute».

Paola Ferrari

24 ORE
Sanità

n. 44 del 27 novembre 2012



LE OTTO REGOLE PER LA REVISIONE DELLE NORME SULL'ACCREDITAMENTO

24 ORE
Sanità

n. 48 del 25 dicembre 2012

PATTO PER LA SALUTE 2010-2012

Sul filo di lana della scadenza del Patto per la salute 2010-2012 che l'ha previsto, fa il suo ingresso in scena con il via libera alla Stato-Regioni della scorsa settimana il provvedimento per la revisione dell'accreditamento.

Otto criteri generali articolati in subcriteri che dovranno essere recepiti a livello aziendale, senza oneri extra e con le «risorse umane, strumentali e finanziarie già previste dalla normativa vigente».

I criteri, secondo il documento, dovranno essere recepiti a livello regionale entro il 2013 e sono previsti meccanismi di verifica da parte di un "organismo accreditante" che dovrà assicurare l'applicazione delle procedure. Un apposito Tavolo di lavoro dovrà poi definire entro il 31 dicembre del prossimo anno le modalità e i tempi di adeguamento alle previsioni dell'intesa e vigilare sullo sviluppo dei modelli di autorizzazione/accreditamento regionali coerenti con le nuove previsioni.

Il documento è organizzato definendo, per ciascun requisito o gruppi di requisiti, l'obiettivo che deve essere perseguito e il rationale su cui si basa ed è corredato da un elenco di evidenze utili a dimostrare la conformità ai requisiti, ma solo a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Il Tavolo per la revisione della normativa per l'accreditamento definisce «essenziali» i requisiti indicati e comuni a tutti i sistemi regionali. Per questo dovranno essere contenuti nella normativa di riferimento di ogni Regione e, successivamente, valutati con modalità omogenee sul territorio nazionale per l'accreditamento delle strutture sanitarie.

Per quanto riguarda i criteri a esempio quello sull'«attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie» è diviso in sei requisiti di livello aziendale tra cui quello di sviluppo di reti assistenziali che ha l'obiettivo di attuare la centralità del paziente promuovendo la cooperazione, migliorando la qualità e la sicurezza delle cure, rafforzando l'innovazione, la ricerca, e la sorveglianza epidemiologica. L'integrazione consente di accrescere le competenze, condividere le informazioni, le buone pratiche e l'expertise e ottimizzare l'uso delle risorse. L'organizzazione relazionale riguarda la realizzazione di scambi

su aspetti tecnico-professionali e organizzativi (protocolli, linee-guida, procedure: team mobile di professionisti qualificati, programmi di ricerca e formazione) e si potranno attuare attraverso l'utilizzo degli strumenti tecnologici disponibili (teleconsulto e telemedicina nelle sue varie modalità).

Per quanto riguarda le modalità e gli strumenti per la valutazione della qualità dei servizi - altro esempio di requisito - l'obiettivo è contribuire al miglioramento della qualità dei processi di erogazione delle prestazioni attraverso lo sviluppo di una cultura della valutazione della qualità dei servizi e l'implementazione di un sistema strutturato di valutazione. Questa (di struttura, processo ed esito) aiuta le organizzazioni a migliorare l'erogazione dell'assistenza, ridurre i rischi e migliorare l'efficienza dei processi e l'utilizzo delle risorse. Le attività di valutazione devono essere inserite all'interno di un quadro di riferimento per la valutazione multidimensionale sistematica e strutturata della qualità dei servizi (in termini di efficacia, appropriatezza, sicurezza; equità, efficienza, soddisfazione degli utenti) per migliorare la performance dei processi clinici e manageriali. La valutazione interna, il miglioramento e il mantenimento della buona qualità si completano con le attività di valutazione esterna,

che devono essere parallele e di supporto alla valutazione interna e al miglioramento.

Per il personale, tra i requisiti ci sono la programmazione e la verifica della formazione. In questo senso dovranno essere stabilite le modalità di monitoraggio delle competenze e di documentazione della formazione delle diverse figure professionali. Se la valutazione desse esito negativo, le attività del personale dovranno essere supervisionate finché l'operatore non sarà in grado di dimostrare il livello richiesto di competenza.

Tra i requisiti ce ne è anche uno che riguarda la prevenzione e la gestione dei disservizi. L'obiettivo è garantire che le organizzazioni sanitarie siano in grado di gestire correttamente il disservizio per salvaguardare l'efficacia, l'efficienza e l'immagine dell'organizzazione nel suo complesso e del servizio erogato. Per gestione del disservizio si intendono tutte le azioni da compiere nel momento in cui c'è uno scostamento tra la qualità attesa e quella erogata/percepita. Questa attività riguarda il sistema dei controlli per evitare insoddisfazioni da parte degli utenti ed è legata alla fase di trattamento e gestione dei disservizi, nel momento in cui sono segnalati.



REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:

CAVINI SALVATORE (CNA Imola)
Tel. 0542 632611

IOLI LUCA (CNA Rimini)
Tel. 0541 /760249

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



«SERVE UNA REVISIONE DECISIVA DEI FATTORI DI SQUILIBRIO SOCIALE»

24 ORE
Sanità

n. 46 del 11 dicembre 2012

Una reazione diffusa di rabbia contraddistingue i sentimenti degli italiani nei confronti della crisi: il 52,3% si esprime così rispetto agli avvenimenti degli ultimi mesi, e la rabbia ha superato decisamente la paura (21,4%) nei dati sul clima psicologico del Paese. Serpeggia, inoltre, la sensazione che i tanti soggetti sociali nel passato di solito fortemente coinvolti e attivi nelle crisi che si sono succedute dalla nascita della Repubblica in poi, rimangano questa volta in gran parte estranei e passivi rispetto alle azioni di riforma e aggiustamento avviate dalle istituzioni centrali sui tanti ambiti problematici, economici, sociali e istituzionali, da rivedere. Si aggiunge la percezione di un peso e di un'invasività eccessive insiti nell'azione di recupero di potestà da parte degli organi centrali dello Stato rispetto a quelli periferici, che determina anche un'ulteriore accentuarsi della sfiducia nella politica e nello Stato. In particolare per quanto riguarda la Sanità, ma anche per le tante eccellenze dei territori locali e regionali (benessere, della cultura e del settore agro-alimentare), gli italiani continuano a pensare che la dimensione locale andrebbe valorizzata e coinvolta maggiormente nelle scelte, perché lì risiede buona parte del valore intrinseco della Nazione, e lì si annidano i germi più solidi e genuini di un rilancio dell'economia e della società.

Nel campo del welfare e della salute, l'apprensione è particolarmente accentuata, visto anche che la malattia è per il 38,4% degli italiani il problema più preoccupante per il futuro, seguito in seconda posizione dalla non autosufficienza (33%). E non potrebbe essere

Valorizziamo il capitale umano

altrimenti, dato che l'impatto del ridimensionamento del finanziamento pubblico ai Ssr, soprattutto nelle Regioni con piano di rientro, è ormai pressante, come le ricerche del Censis dell'ultimo anno hanno in vario modo documentato. La spesa di tasca propria dei cittadini per la salute tocca l'1,8% del Pil e il 18% della spesa sanitaria complessiva. Il 12,5% delle famiglie riferisce di avere rinunciato ad almeno una prestazione sociale o sanitaria per ragioni economiche. I costi a carico delle famiglie per alcune patologie croniche sono eclatanti: nella media 10.500 euro per l'Alzheimer e 6.900 per il tumore, a famiglia all'anno. E stiamo parlando in questo caso dei soli costi diretti, senza contare i costi indiretti e quelli cosiddetti "intangibili" determinati dal carico delle cure e dalle giornate di lavoro perso. L'assistenza domiciliare per cronici e disabili, già molto carente, ha subito un ridimensionamento in molte Regioni in difficoltà di bilancio, e comunque nella media nazionale consiste in 22 ore annue per paziente, niente di più quindi della fornitura di alcune sporadiche prestazioni di controllo a casa nel corso dell'anno.

A parziale riequilibrio della difficile situazione, si può dire che il welfare e la Sanità italiani, come anche molti altri settori della vita collettiva in Italia, siano ancora in qualche modo salvati dal fattore umano: l'umanità di tanti operatori di base che danno il massimo di sé, e sui quali vengono espressi giudizi molto positivi (più del 70% dei pazienti lo fanno); le reti familiari e amicali (il 54,9% delle famiglie dà e riceve aiuto);

la società civile che continua a reagire con l'impegno dell'associazionismo e della solidarietà diffusa.

Il quadro complessivo di questo anno sociale è pertanto caratterizzato da un clima di separazione tra chi, in basso, vive la quotidianità e la concretezza della vita di tutti i giorni e chi, dall'alto, interviene e lavora sulle macro-compatibilità di sistema.

Mentre sarebbero auspicabili una collaborazione fattiva e una sinergia strategica tra i due livelli, quello che si muove sul terreno dei grandi temi dell'economia, della finanza e della politica europea, e quello dei comportamenti, delle scelte, dei bisogni e dei costi sociali ed economici che ricadono sulle famiglie. Ma ciò non potrà accadere se non si porrà mano a una revisione decisa dei fattori che determinano lo squilibrio più importante che caratterizza il welfare italiano: il divario tra il welfare assicurativo (vecchiaia e superstiti), il welfare sanitario (malattia) e il welfare redistributivo (famiglia, esclusione sociale e disoccupazione).

Quest'ultimo è sempre stato debole in Italia, e non si intravedono cambiamenti significativi. Mentre il welfare sanitario è in questi anni fortemente minacciato dai noti problemi della sostenibilità economica e dalle modificazioni del quadro epidemiologico, e quello assicurativo continua ad assorbire risorse notevoli, condizionato peraltro per il 15,7% dal carico del costo delle pensioni di importo elevato, erogate a favore del 4,6% dei pensionati.

Carla Collicelli
Vice-direttore Censis

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

www.cnaemiliaromagna.it



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento