



MASSOFISIOTERAPISTI: CASSAZIONE, IL TITOLO BIENNALE NON ABILITA ALLA PROFESSIONE

Numero 4, Ottobre 2013

Sommario:

Massofisioterapisti: Cassazione, il titolo biennale non abilita alla professione	1
Costi standard, individuate le cinque regioni di riferimento	2
Regioni: se accrediti devi contrattualizzare	2
La Regione non può limitare l'accesso al mercato dei servizi sanitari ai nuovi erogatori	3
Relazione pericolosa tra cataratta e statine	3
L'odontotecnico come un fornitore	4
Dentisti, calo studi di famiglia. L'esperto: meno aspettative	4
La gelata sui laboratori privati	5
No al carattere "assorbente" della laurea in biologia rispetto a quella di tecnico sanitario di laboratorio biomedico	5
L'approfondimento: consenso informato	6
Cassazione: il consenso informato deve essere "personalizzato"	6
Consenso informato: obbligatorie informazioni esaustive	6
Cassazione Civile: (modulo di consenso sottoposto dalla segretaria: difetto di informazione)	7
Consenso (dis)informato: chi paga gli esiti nefasti di un intervento basato su informazioni scorrette?	7
"Primari, vigilate sulla qualità della comunicazione"	8
Consiglio di Stato (prestazioni fisioterapiche solo se c'è il fisiatra)	8
Lombardia. Approvata mozione per riconoscimento giuridico assistenti odontoiatrici	9
Truffa al SSN: condannati i prescrittori e specialisti, non i fisioterapisti	9
Obiettivo non autosufficienza	10
Il Ministero della Salute sul riordino delle Professioni Sanitarie	12

Se per il Tar del Lazio dovremo aspettare una sentenza del CdS, per sapere se è legittima la segnalazione sul sito del ministero della Salute, che descrive il Mft come una "professione sanitaria non riordinata prevista da norme vigenti", cosa questa che potremmo anche imputare alla leggerezza di un qualche zelante funzionario, segnali ben più allarmanti ci arrivano dalla Cassazione.

Segnali che gettano nello sconforto soprattutto chi, certamente in buona fede, ha frequentato corsi biennali per massofisioterapisti di dubbia connotazione. Infatti, con sentenza 13239, del 28 maggio, si avvalsa il licenziamento di una Mft in possesso di un titolo biennale che non rispondeva ai requisiti previsti dell'articolo 4 della legge 42/99.

Un titolo quindi non equipollente né, tanto meno, da poter rendere equivalente. Per i Giudici, infatti, "l'equipollenza può operare in via automatica solo se il relativo diploma è stato conseguito all'esito di un corso già regolamentato a livello nazionale, e cioè solo in presenza di moduli formativi la cui uniformità ed equivalenza fosse già stata riconosciuta nel pregresso regime".

Per la Cassazione il licenziamento è quindi legittimo, perché il solo possesso di un titolo biennale non è sufficiente ad

abilitarla alla professione per la quale era stata assunta. La lavoratrice, poi, non avendo potuto dimostrare di poter accedere ad una forma di riqualificazione, ha trasformato in definitivo un licenziamento che poteva essere anche solo temporaneo.

Potrei sbagliarmi, ma se, come si legge in sentenza, la lavoratrice era impegnata come Mft dall'otto aprile 1991, potrebbe essere in possesso di un titolo che potrebbe godere dell'equivalenza. Siccome di casi analoghi ce ne sono in giro ancora tanti, bisognerà accelerare le procedure per quei titoli che possono essere resi equivalenti, che, si ricorda, sono quelli conseguiti entro il 17 marzo 1999.

Per poter godere dei benefici di legge ed evitare i licenziamenti, i corsi, non culturali, devono essere iniziati entro il 31 dicembre 1995, così come ha disposto l'accordo Stato/Regioni n. 17 del 10 febbraio 2011, recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 101 del 18 agosto 2011), per dare attuazione al 2° comma del quarto articolo della Legge 42/99.

Gianni Melotti
Fisioterapista

da RIABILITAZIONE OGGI
n. 3/2013



COSTI STANDARD, INDIVIDUATE LE CINQUE REGIONI DI RIFERIMENTO

Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto. Sono queste in ordine di classifica le cinque Regioni tra le quali saranno scelte le tre "benchmark" per definire i criteri di qualità dei servizi sanitari da erogare, nonché l'appropriatezza e l'efficienza per determinare i costi e i fabbisogni standard in sanità.

Lo ha comunicato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin alla Conferenza Stato-Regioni precisando come la scelta sia avvenuta sulla base di una procedura e di una metodologia che ha definito degli indicatori di efficienza: lo scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa (5%); lo scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa

(51%); lo scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa (44%); spesa procapite per assistenza sanitaria di base; spesa farmaceutica pro capite; costo medio per ricoverato acuto; spesa per prestazione per assistenza specialistica-attività clinica; spesa per prestazione per assistenza specialistica-laboratorio; spesa per prestazione per assistenza specialistica-diagnostica strumentale.

Dopo aver individuato sulla base di questi criteri le Regioni "eligibili", si è proceduto a calcolare l'Indicatore di qualità e di efficienza per ciascuna delle Regioni individuate, con la definizione di una graduatoria che ha visto l'Umbria al primo posto. «Un risultato im-

portantissimo, che ci dà una grande responsabilità rispetto a un modello di sanità, appunto quello umbro, che ormai è un punto di riferimento a livello nazionale»: ha commentato il presidente dell'Umbria, **Catiuscia Marini**.

Soddisfatto anche il governatore delle Marche **Gian Mario Spacca**: «In base ai parametri presi a riferimento dal Governo la sanità marchigiana viene individuata come una delle più efficienti, di qualità e che ha saputo al contempo garantire l'equilibrio di bilancio».

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 31 luglio 2013

24 ORE
Sanità

n. 35 del 24 settembre 2013



REGIONI: SE ACCREDITI DEVI CONTRATTUALIZZARE

Il 16 settembre scorso è stata depositata sentenza n. 4574 emessa dalla III Sezione del Consiglio di Stato che ha affrontato le dinamiche esistenti tra il binomio procedurale accreditamento/accordo contrattuale, rispettivamente disciplinati, quanto a principi fondamentali, dagli articoli 8-quater e quinquies del vigente testo del Dlgs 502/199 Un argomento spinoso che ha generato numerosi conflitti interpretativi ai quali il dictum dei giudici di Palazzo Spada offre una corretta via d'uscita. Il tutto nasce a seguito di una sentenza del Tar di Brescia (n. 1083/2012) con quale era stata disposta, tra l'altro, la reintegrazione in forma specifica di soggetti accreditati esclusi dal riparto dei budget per «saturazione dell'offerta» prestazionale. Meglio, per decremento del fabbisogno di offerta sanitaria, tale da non giustificare la conclusione dei relativi contratti negati.

In buona sostanza, il Consiglio di Stato ha sottolineato alcuni principi-criteri fondamentali cui doversi attenere, in linea con quanto sancito di recente dalla Corte costituzionale (sentenza n. 132/2013, si veda Sole-24Ore Sanità n. 27/2013). Tra questi, il diretto e ineludibile rapporto tra rilascio dell'accREDITAMENTO e fabbisogno complessivo speci-

fico nonché la localizzazione delle strutture analoghe in ambito regionale. Di conseguenza, ogni modifica delle condizioni/presupposti per l'originario rilascio deve necessariamente incidere sulla conclusione dei relativi contratti, e quindi sulla quantità delle prestazioni erogabili acquistabili mediante i medesimi. Il tutto, dunque, in linea con le esigenze dettate dalla ricognizione del fabbisogno assistenziale e dalla programmazione sanitaria regionale.

La sentenza assume un peso rilevante sull'esercizio della discrezionalità delle Regioni nella determinazione dei criteri per l'assegnazione delle risorse da ripartire alle diverse strutture accreditate, senza con questo consentire l'insediamento degli erogatori neo-accreditati. Ciò in quanto la Regione non può riferirsi ai "vecchi" accreditati, a tempo indefinito, non tenendo affatto conto dei "nuovi", che hanno tutto il diritto di vedere tutelata la loro istanza, in ragione delle regole del mercato, da procedure ad hoc per evidenza pubblica. Tale regola vale, pertanto, per le aziende sanitarie locali tenute a garantire, nella pratica attuativa, una selezione pubblica dei soggetti da contrattualizzare non affatto altrettanto discriminatoria

A tal proposito, il magistrato romano - nel formulare la sua decisione - si è rimesso quanto dallo stesso già motivato in analogo fattispecie. Più precisamente, all'avvenuto riconoscimento della legittimità delle discipline regionali intese a non fare più riferimento all'assegnazione dei tetti di spesa individuale basati sul dato storico ovvero sui valori erogati l'anno precedente, bensì ad altri innovativi criteri. Tra questi, quelli di: a) garantire pari opportunità ai richiedenti, favorendo così l'accesso ai budget ai nuovi accreditati; b) elevare il quantum delle prestazioni nei distinti ambiti territoriali; c) superare la concentrazione tipica dei grandi centri urbani in favore di quelli periferici, per ivi assicurare un'offerta più adeguata. Un assunto che porterebbe a considerare le reali condizioni obiettive e soggettive del territorio e della organizzazione su di esso attiva, in termini di composizione della domanda di salute, di strutture e personale disponibili, di dotazioni tecnologiche, di collegamenti al Cup, di accesso alle strutture e standard di accoglienza, anche in relazione all'apertura prefestiva e serale.

Ettore Jorio
Università della Calabria



LA REGIONE NON PUÒ LIMITARE L'ACCESSO AL MERCATO DEI SERVIZI SANITARI AI NUOVI EROGATORI

Cons.St. III° sezione 2013

Il nostro ordinamento sanitario prevede che le prestazioni vengano erogate ai pazienti non solo da strutture pubbliche ma anche da strutture private accreditate e titolari di contratto con il SSR. Il paziente poi è titolare di un diritto di libera scelta tra soggetti pubblici e privati.

I soggetti privati (prima convenzionati e ora) contrattualizzati sono poi "storicamente" sempre gli stessi: e tra tali soggetti viene "diviso" il c.d. budget storico.

Cosa succede quando un nuovo soggetto ottiene l'accreditamento e chiede di entrare nella "lista" degli erogatori privati?

Può la Regione "chiudere" tale accesso sostenendo che gli erogatori "storici" sono sufficienti e che quindi non ci sono spazi (economici) per nuovi soggetti? No, tale diniego non può essere considerato oggi legittimo. Sulla scia di una serie di altre sentenze di apertura del mercato sanitario ai principi della concorrenza il Consiglio di Stato con la decisione che si commenta sancisce principi che le Regioni sono chiamate ad attuare.

I punti cardine della sentenza sono i seguenti:

a) sulla concorrenza in ambito di erogazione di servizi sanitari

zione di servizi sanitari

10.1- Si deve, infatti, convenire con il giudice di primo grado quando ha affermato che «sebbene... il sistema sanitario nazionale legittimamente risulti ispirato alla necessità di coniugare il diritto alla salute degli utenti con l'interesse pubblico al contenimento della spesa, esso non può... prescindere dal contemplare anche ... (la) tutela della concorrenza, irrimediabilmente lesa dall'automatica preclusione alla messa a contratto di nuovi soggetti accreditati».

b) sull'obbligo della Regione di aprire le porte ai nuovi erogatori

11.- Si deve quindi ritenere che la Regione, tenendo conto delle peculiarità del mercato delle prestazioni sanitarie, possa stabilire criteri per l'assegnazione delle risorse alle diverse strutture accreditate e consentire l'inserimento (anche graduale) nel mercato di nuovi operatori in possesso di tutti i requisiti richiesti per erogare prestazioni sanitarie in favore del servizio sanitario pubblico. Mentre la Regione non può rivolgersi, a tempo indefinito, solo ai soggetti che per primi (con le convenzioni e poi con l'accreditamento) hanno avuto accesso al mercato e far riferimento solo al criterio della spesa storica che evidentemente avvantaggia solo coloro che operano in un mercato chiuso all'accesso di nuovi operatori.

c) sui criteri per affidare i "nuovi" incarichi e scegliere gli erogatori

Richiamando altre sentenze già intervenute sul tema il consiglio di stato suggerisce i seguenti criteri :

In particolare, in tali decisioni, si è ritenuto legittimo il riferimento non più al solo costo storico ma ad una molteplicità di elementi

- sia di carattere oggettivo, come la potenzialità dei singoli distretti, determinata dalla popolazione residente e dalle prestazioni richieste,

- sia di carattere soggettivo, con la ripartizione delle risorse secondo apposite griglie di valutazione che tengono conto di molteplici fattori qualitativi come dotazioni; unità di personale e tipologia del rapporto di lavoro; collegamento al CUP; accessibilità della struttura; correttezza del rapporto con l'utenza; rispetto degli istituti contrattuali; ulteriori standard finalizzati all'accoglienza, quali sale d'attesa, biglietto elimina code, riscaldamento e climatizzazione, apertura al sabato e misura degli spazi.

Oramai le sentenze che cercano di introdurre i principi della concorrenza in sanità sono molte: forse è tempo, per la pubblica amministrazione, di cominciare a cambiare modo di ragionare anche in questo ambito.

Avv. Silvia Stefanelli



RELAZIONE PERICOLOSA TRA CATARATTA E STATINE

Il rischio di cataratta aumenta tra chi assume statine? La risposta è affermativa, almeno secondo **Ishak Mansi**, internista al North Texas Health System, University of Texas Southwestern a Dallas, e coordinatore di uno studio pubblicato su *Jama Ophthalmology*. «L'opacità del cristallino dovuta all'età è una delle cause principali di ipovisione e cecità, e oltre ad avere costi annuali stimati in 4,7 miliardi di dollari, la cataratta influenza in modo notevole la qualità della vita. Con il progressivo aumento degli anziani l'incidenza di cataratta è destinata ad aumentare, e la comprensione dei suoi fattori di rischio dovrebbe essere tra le priorità in salute pubblica» osserva il ricercatore. Uno di questi potrebbe essere l'uso di statine, comunemente prescritte per la prevenzione

delle malattie cardiovascolari, anche se gli studi svolti finora hanno riportato risultati contrastanti: alcuni hanno dimostrato un aumento del rischio di cataratta, altri una diminuzione.

Da qui l'obiettivo dello studio: confrontare il rischio di cataratta tra gli utilizzatori di statine e i non consumatori all'interno di un sistema sanitario militare, in cui i pazienti hanno parità di accesso e di assistenza sanitaria. Così Mansi e colleghi hanno analizzato i dati del San Antonio Military Medical Center in Texas da ottobre 2001 a marzo 2010, abbinando 6.972 consumatori di statine ad altrettante persone che non le usavano.

E, sorpresa, il rischio di opacità del cristallino sale in modo inequivocabile tra chi assume statine. «Una caratteristica

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 23 settembre 2013

importante degli studi osservazionali è la presenza di fattori di confondimento che possono alterare le relazioni di causa-effetto» puntualizza l'internista. L'aderenza alla terapia con statine può essere un esempio, dato che diversi fattori di rischio per malattia cardiovascolare come l'età avanzata, il diabete e il fumo sono indicazioni per la terapia con statine ma anche fattori di rischio per la cataratta.

«Ciononostante, alla luce di questi dati il rapporto rischio-beneficio della terapia con statine, specie in prevenzione primaria, andrebbe rivalutato con ulteriori studi» conclude Mansi.

Jama Ophthalmol



L'ODONTOTECNICO COME UN FORNITORE

Al fini dell'esistenza di una autonoma organizzazione di un medico dentista, l'odontotecnico che collabora con il professionista deve essere ritenuto al pari di un fornitore; infatti, sia pure attinente con quella del dentista, egli svolge attività artigianale nello stesso settore senza poter prestare cure e senza poter sostituire il medico.

Lo ha stabilito la Ct regionale di Milano nella sentenza n. 82/35/13 depositata in segreteria il 24 maggio scorso. Avverso il diniego In seguito al silenzio rifiuto del rimborso dell'Irap versata per gli anni ricompresi tra il 2004 ed il 2008, il contribuente presentava ricorso in Commissione tributaria provinciale di Milano.

La Commissione adita, ritenendo che il professionista fosse inserito in una autonoma organizzazione, rigettava il ricorso. Il motivo che aveva determinato il convincimento dei giudici provinciali era dovuto alla collaborazione di un odontotecnico con il dentista; questa ne incrementava i costi e ne caratterizzava una autonoma organizzazione. Di diverso avviso la Commissione tributaria regionale a cui si è rivolto il contribuente appellando la sentenza.

«L'odontotecnico che fornisce il materiale necessario per le cure dentarie non può essere considerato un collaboratore del medico. In primis perché l'odontotecnico non può in alcun modo svolgere attività di cura odontoiatrica». Quindi, il collegio aggiunge che l'odontotecnico in sostanza è un artigiano che confeziona i materiali; l'odontotecnico

per il dentista può essere ritenuto un fornitore (sia pure con caratteristiche attinenti all'attività del medico) visto che svolge la propria attività artigianale nello stesso settore ed ambito del medico.

ITALIA OGGI
9/9/2013



DENTISTI, CALO STUDI DI FAMIGLIA. ESPERTO: MENO ASPETTATIVE

Gli odontoiatri del domani scelgono la professione per vocazione e diventare dentista è uno dei pochi "ascensori sociali" rimasti nel nostro Paese: il 65 % degli studenti arriva da una famiglia in cui uno o entrambi i genitori sono dipendenti, il 60% non ha alle spalle familiari con uno studio già avviato. Sono questi i dati che emergono da un sondaggio condotto sugli studenti di odontoiatria dal Collegio Nazionale di Odontoiatria con l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani. Non solo. Il 70% studia lontano da casa facendo sacrifici e sobbarcandosi spese considerevoli, pur consapevole che la professione sta cambiando pelle ed è meno redditizia rispetto al passato: appena 1 su 5 sogna di aprire uno studio per conto proprio, la maggioranza vorrebbe collaborare

con altri liberi professionisti o aspira a un posto da dipendente o addirittura nel settore pubblico.

Segno evidente che la professione non è più una tradizione di famiglia. Lo conferma a DoctorNews33 **Massimo Gagliani**, professore associato di malattie odontostomatologiche presso l'Università degli Studi di Milano. «I tempi sono cambiati» sottolinea Gagliani. «Oggi la professione è sicuramente meno accattivante per le nuove generazioni che in mancanza di una vocazione non riscontrano più lo standard di vita di una volta per i dentisti».

Anche la difficoltà di "mantenere" uno studio per conto proprio contribuisce al calo delle vocazioni famigliari. «Oggi sempre meno scelgono la libera profes-

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 3 settembre 2013

sione» conferma Gagliani «e sono in aumento gli studi associati». L'indagine, peraltro, sottolinea come le nuove leve siano consapevoli delle difficoltà: 8 su 10 sarebbero pronti a trasferirsi all'estero per lavorare, la maggioranza ammette che dovrà impegnarsi in corsi di specializzazione e master per avere una preparazione adeguata e sempre aggiornata.

Gli studenti di odontoiatria sono oggi circa 4500 su tutto il territorio nazionale e il sondaggio evidenzia il ritratto di ragazzi molto preparati e motivati. «Siamo in una fase di transizione» evidenzia l'esperto «ancora non tutti colgono le nuove opportunità per la professione, ma non sono poche».



LA GELATA SUI LABORATORI PRIVATI

Previsti 3,5 miliardi di risorse in meno

Sono in estremo disagio i circa 6mila laboratori accreditati italiani. Di cui almeno 1.000 sono in pericolo di chiusura, col rischio di smantellare una "rete capillare" sul territorio che proprio per questo dovrebbe essere collegata a stretto giro con le altre strutture pubbliche, in modo da realizzare un'assistenza a tutto campo coordinata dalla programmazione regionale.

Sono a disagio per le tariffe che per loro si abbassano sempre di più nell'ottica

della spending review e proprio per questo hanno messo in pista una lunga serie di ricorsi ai tribunali amministrativi contro il nuovo tariffario (il DM 18 ottobre 2012, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 28 Gennaio 2013) che abbatte i prezzi con un impatto sulle strutture private accreditate che nelle Regioni fa ridurre la remunerazione delle prestazioni di poco meno di 3,5 miliardi rispetto alle tariffe regionali 2010.

C'è poi il fai da te regionale che mette a rischio per i laboratori accreditati la programmazione dell'attività e i neces-

sari investimenti in tecnologie.

Insomma, privato accreditato efficiente disposto a fare la sua parte nella programmazione e nella rete di servizi sul territorio, ma dimenticato. E mille laboratori e almeno 4mila posti di lavoro sono a rischio di chiusura se la soglia di 200mila prestazioni fissata fosse applicata in modo rigido. Non tanto nel Nord dove i laboratori mediamente producono oltre un milione di esami l'anno, ma dalle Marche in giù.

Paolo Del Bufalo



n. 24 del 25 giugno 2013

Regione	Singolo medico	Società	Casa di cura	Altro	Totale	Regione	Singolo medico	Società	Casa di cura	Altro	Totale
Piemonte	2	63	19	5	89	Marche	9	80	13	2	104
V. Aosta	-	2	-	1	3	Lazio	21	505	40	18	584
Lombardia	27	299	57	83	466	Abruzzo	9	69	14	5	97
Pa Bolzano	3	8	2	3	16	Molise	8	21	1	11	41
Pa Trento	-	8	3	10	21	Campania	34	1.173	37	19	1.263
Veneto	80	134	11	13	238	Puglia	141	243	12	15	411
Friuli V.G.	7	28	4	5	44	Basilicata	4	40	1	4	49
Liguria	3	86	2	6	97	Calabria	41	163	11	9	224
Emilia R.	15	125	32	10	182	Sicilia	255	1.048	29	9	1.341
Toscana	17	186	44	46	293	Sardegna	42	137	11	1	191
Umbria	3	21	3	-	27	Italia	721	4.439	346	275	5.781

Nota: la tabella comprende anche tra le strutture private accreditate ospedali e ambulatori religiosi e in alcuni casi quelli che fanno capo alle università.
Fonte: Annuario statistico delle aziende sanitarie - Ministero della Salute - marzo 2013



NO AL CARATTERE "ASSORBENTE" DELLA LAUREA IN BIOLOGIA RISPETTO A QUELLA DI TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO

Così ha deciso la III Sezione del Consiglio di Stato, annullando la sentenza del TAR Sardegna che aveva ritenuto l'idoneità della laurea in biologia quale titolo per l'ammissione ad un concorso per tecnico sanitario di laboratorio biomedico indetto da una Azienda Ospedaliera sarda.

Il Giudice di primo grado aveva infatti erroneamente ritenuto che "(...) la laurea in scienze biologiche è titolo idoneo a consentire la partecipazione al concorso pubblico a posti di "collaboratore professionale-tecnico sanitario di laboratorio biomedico - cat. D", sulla base della giurisprudenza che ha valutato la laurea in scienze biologiche, rispetto al titolo specificamente previsto per l'ammissione al concorso di cui è causa (diploma universitario di tecnico sanitario di laboratorio biomedico), non equi-

pollente, ma assorbente. La laurea in scienze biologiche (...) costituisce un titolo di studio superiore nello stesso campo ed è assorbente nel senso che le materie dell'uno ricomprendano le materie dell'altro, con un maggior livello di approfondimento (...)"

Il Consiglio di Stato, investito del gravame - pur ritenendo di dover annullare la sentenza di primo grado per ragioni meramente procedurali - ha tuttavia sancito alcuni importanti principi in materia, richiamandosi a quanto espresso dal Ministero dell'Istruzione, interrogato sul punto.

Al riguardo si osserva che "(...) l'equipollenza o l'equiparazione ha sempre riguardato titoli universitari dello stesso livello; si è sempre esclusa, pertanto, l'interpretazione in base alla quale un

titolo di livello superiore possa essere ritenuto assorbente rispetto ad altro titolo di livello inferiore. Si conclude nel senso che non può sostituirsi una laurea di biologia né di primo né di secondo livello al titolo specifico ai fini dell'esercizio della professione di tecnico di laboratorio biomedico (...)"

"Ad ognuno il suo" sembra aver voluto dire il giudice amministrativo, con la precisazione, doverosa, che, se di equipollenza si vuole parlare, questa non potrà certo essere ricercata fra titoli di diverso livello, bensì dovrà esserlo fra titoli appartenenti al medesimo livello, a nulla valendo la (asserita) maggiore completezza dell'un titolo rispetto all'altro.

dott. Silvia Pari



L'APPROFONDIMENTO

CASSAZIONE: IL CONSENSO INFORMATO DEVE ESSERE "PERSONALIZZATO"

Il malato che si sottopone a un'operazione deve essere informato e far firmare il modulo di consenso non basta.

La Cassazione con sentenza 19220 del 20 agosto, ricorda ai medici il dovere di un rapporto personale con il paziente in procinto di andare in sala operatoria, il quale ha il diritto di avere le informazioni sui rischi dell'operazione con un linguaggio che tenga conto anche del suo grado culturale. Il sì di chi deve finire sotto i ferri "deve essere pienamente consapevole" e cioè basato su "informazioni dettagliate fornite dal medico" sulla portata dell'intervento, sui suoi rischi e sulle possibili conseguenze negative.

Per questo la Cassazione ha annullato in parte la sentenza con la quale la Corte d'appello di Roma aveva rigettato la richiesta di un avvocato, che peggiorato nella vista dopo un intervento con il laser agli occhi, aveva chiesto il risarcimento dei danni al chirurgo, anche sostenendo che questi non lo aveva informato della possibilità di un esito negativo.

I giudici gli avevano dato torto perché avevano ritenuto che l'uomo avesse in realtà dato un "consenso cosciente", visto che aveva sottoscritto un foglio contenente l'informativa sull'intervento e che trattandosi di un avvocato era presumibile che avesse vagliato tutte le conseguenze prima di apporre la sua

firma. E non avevano dato così peso alla circostanza riferita dal paziente che quel modulo gli era stato fatto firmare nella penombra della sala d'attesa da una segretaria del medico, senza che gli venisse data alcuna informazione sui possibili rischi dell'intervento.

«E' irrilevante» la qualità del paziente per stabilire se vi sia stato o meno consenso informato, ha invece ritenuto la Terza Sezione civile della Cassazione, ribadendo che e' un «diritto fondamentale» di ogni individuo «ricevere le opportune informazioni sulla natura e i possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative»; e riaffermando che il sì del malato alle terapie deve «reale e effettivo», non può essere «presunto», e che è «onere del medico provare di aver adempiuto» all'obbligo di informarlo. Ma c'è di più: nel dare spiegazioni, avvertono i supremi giudici, il medico deve tener presente il livello culturale del paziente, usando un linguaggio «che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado di conoscenze specifiche di cui dispone».

Il consenso in sostanza deve essere anzitutto personale e quindi prestato dal paziente, tranne ovviamente nei casi di incapacità di quest'ultimo; deve, poi, essere specifico ed esplicito, reale ed effettivo, non presunto. Quando possi-

bile, inoltre, deve essere anche attuale.

Con l'occasione i giudici ricordano che del consenso informato si è occupata la Corte costituzionale (sentenza 438 del 2008) perché si configura come un vero e proprio diritto fondamentale della persona, fondato sull'articoli 2, 13 e 32 della Carta.

Merita, dunque, una tutela che può essere assicurata solo dal rapporto diretto con il medico curante. E il medico ha l'onere di provare di aver assolto bene il suo ruolo dando informazioni dettagliate e comprensibili.

24 ORE
Sanità

28 agosto 2013

CONSENSO INFORMATO: OBBLIGATORIE INFORMAZIONI ESAUSTIVE

La finalità dell'informazione che il medico è tenuto a dare è quella di assicurare il diritto all'autodeterminazione del paziente, il quale sarà libero di accettare o rifiutare la prestazione medica.

E' irrilevante la qualità del paziente al fine di stabilire se vi sia stato o meno consenso informato, potendo essa incidere solo sulle modalità di informazione, in quanto l'informazione deve so-

stanzarsi in spiegazioni dettagliate ed adeguate al livello culturale del paziente, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone. Il consenso deve però essere sempre completo, effettivo e consapevole ed è onere del medico provare di aver adempiuto tale obbligazione, a fronte dell'allegazione di inadempimento da parte del paziente.

Esito del giudizio

La Corte di Cassazione ha accolto il ricorso proposto da un paziente esercente la professione di avvocato al quale era stato fatto sottoscrivere dalla segretaria un modulo prestampato.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net

SEGUE L'APPROFONDIMENTO

CASSAZIONE CIVILE - (MODULO DI CONSENSO SOTTOPOSTO DALLA SEGRETARIA: DIFETTO DI INFORMAZIONE)

La finalità dell'informazione che il medico è tenuto a dare è quella di assicurare il diritto all'autodeterminazione del paziente, il quale sarà libero di accettare o rifiutare la prestazione medica.

E' irrilevante la qualità del paziente al fine di stabilire se vi sia stato o meno consenso informato, potendo essa incidere solo sulle modalità di informazione, in quanto l'informazione deve sostanziarsi in spiegazioni dettagliate ed adeguate al livello culturale del paziente, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone. Il consenso deve però essere sempre completo,

effettivo e consapevole ed è onere del medico provare di aver adempiuto tale obbligazione, a fronte dell'allegazione di inadempimento da parte del paziente.

Esito del giudizio

La Corte di Cassazione ha accolto il ricorso proposto da un paziente esercente la professione di avvocato al quale era stato fatto sottoscrivere dalla segretaria un modulo prestampato.

Avv. Ennio Grassini

www.dirittosanitario.net



CONSENSO (DIS)INFORMATO: CHI PAGA GLI ESITI NEFASTI DI UN INTERVENTO VULNERATO NELL'ASSENSO PERCHÉ BASATO SU INFORMAZIONI SCORRETTE AL PAZIENTE?

CORTE DI CASSAZIONE, III SEZ. CIVILE, SENTENZA N. 4030/2013

Si al risarcimento dei danni conseguenti ad un intervento chirurgico effettuato a seguito di un'errata diagnosi di cancro.

IL CASO

Il Tribunale di Parma ha respinto con sentenza la domanda risarcitoria proposta da una donna sottoposta ad un intervento di laparostereotomia dopo un'errata diagnosi di carcinoma.

La paziente aveva citato in giudizio sia l'azienda ospedaliera che i chirurghi coinvolti chiedendone la condanna in solido al pagamento dei danni biologici, patrimoniali e non, conseguenti ad interventi chirurgici che le avevano provocato un'invalidità permanente che la consulenza medico legale accertava esser pari al dieci per cento. Il giudizio d'appello ha confermato la pronuncia di primo grado rigettando le censure sollevate da parte ricorrente, sia relativamente all'erroneo operato dei medici, sia riguardo alla discutibile necessità di intervento motivata da una inesatta ipotesi diagnostica; la donna veniva condannata a rifondere le spese di pri-

mo e secondo grado a tutti gli appellati.

La controversia arrivava quindi avanti alla Corte di Cassazione, che annullando con rinvio la sentenza di secondo grado analizzava la questione del consenso informato quale diritto inviolabile della persona.

LA DECISIONE DELLA CORTE DI CASSAZIONE

In particolare, la Suprema Corte, ribadendo come il dovere d'informazione assuma un rilievo fondamentale nell'ambito della professione medica quale dovere autonomo rispetto alla stessa colpa professionale, ha ribadito come sia da considerarsi superata la tesi giurisprudenziale secondo cui il vizio inerente al consenso informato sia motivo di responsabilità precontrattuale.

Partendo dalla considerazione che l'attività medica si compone di due fasi - quella preliminare di diagnosi e l'altra terapeutica o d'intervento - solo al completamento della fase diagnostica subentra il dovere del medico di informare il paziente in ordine alla natura e agli effetti del trattamento manifestatosi come necessario. La fattispecie in esa-

me, infatti, "si caratterizza da un contestuale errore di informazione e di assenso all'atto chirurgico, ma l'errore diagnostico non deriva da colpa lieve, ma da una gravissima negligenza, l'aver operato prima di avere la certezza di un tumore conclamato e diffuso tale da rendere improrogabile l'intervento".

Da queste premesse consegue l'inevitabile inclusione dell'obbligo d'informazione nella complessa prestazione medica e la responsabilità contrattuale per il suo inadempimento o inesatto adempimento.

La giurisprudenza di legittimità ha ritenuto che sulla base di queste considerazioni non può dirsi avvenuto, nel caso di specie, un incontro di volontà efficace in relazione ad un contenuto fuorviante dell'informazione medica. L'ennesima conferma che può dunque sussistere uno spazio risarcitorio in caso di violazione del diritto dell'autodeterminazione.

dott. Federico Breschi



«PRIMARI, VIGILATE SULLA QUALITÀ DELLA COMUNICAZIONE»

La sentenza 19220 della Corte di cassazione richiama i medici al dovere di fornire al paziente informazioni dettagliate e comprensibili in merito ai trattamenti, non limitandosi a moduli pre-stampati, ma dialogando e tenendo conto del livello culturale del malato. Il caso nasce da un intervento chirurgico oculistico, ma si presta a riflettere su due aspetti che, per l'oncologia medica, assumono un grande rilievo: il tempo che dobbiamo dedicare a un paziente con nuova diagnosi di tumore e la qualità della comunicazione.

L'acquisizione del consenso a un trattamento e l'adeguatezza qualitativa e quantitativa delle informazioni sono solo l'ultimo tassello per l'avvio di un trattamento, nel nostro caso antitumorale. Pensiamo però alla complessità psicologica del primo approccio a un nuovo paziente oncologico: una diagnosi spesso vissuta come un meteorite che si abbatte sull'esistenza di una persona e della sua famiglia, in grado di cambiare improvvisamente la prospettiva con la quale guardiamo al futuro e di scuotere dal profondo la nostra esistenza.

Di fronte a questo, il medico ha un dovere professionale che travalica le competenze clinico-scientifiche e comprende sensibilità psicologica, una solidità personale che faciliti l'empatia verso il paziente, conoscenze e attitudini a una buona comunicazione, tutte questioni sottese al dispositivo della sentenza. Oltre a ciò, ogni visita oncologica porta con sé una serie crescente di incom-

benze, legate al rispetto di procedure o norme che, anno dopo anno, si sono stratificate: la registrazione delle schede Aifa per i farmaci ad alto costo, i piani di cura, le dimissioni protette, i vincoli procedurali od operazionali per la gestione del rischio clinico, il rispetto dei requisiti derivanti dai programmi di accreditamento, e molte altre ancora.

Ecco il punto: abbiamo davvero il tempo per fare tutto con l'accuratezza necessaria? Probabilmente in molti casi la risposta è: no. Il tempo che dedichiamo a ogni visita dovrebbe essere mediamente più lungo, ma ciò significherebbe fare meno visite. Quello che è utile quindi a un singolo paziente può diventare critico per la società. È sempre più evidente che il tempo unitario occorrente per molte attività sanitarie cresce, ma ciò accade in un contesto di risorse molto difficile. È nostro compito, e un impegno che Cipomo assume verso la comunità che rappresenta, rendere più esplicita la situazione, anche attraverso la ricerca organizzativa, e trovare, assieme alle istituzioni di governo, le soluzioni possibili.

La seconda riflessione riguarda la comunicazione: fa parte della nostra quotidianità, ma richiede attitudini e competenze che, almeno in parte, possono essere acquisite e testate. Verificare che i componenti di un gruppo, medici e infermieri, sappiano comunicare correttamente con pazienti e familiari è compito del direttore di una struttura,

posto che questi aspetti non fanno parte del bagaglio formativo fornito dalle Università. È documentato che i conflitti hanno spesso alla base problemi di comunicazione e questa, come anche la sentenza citata segnala, è talora fonte di contenziosi con risvolti giudiziari.

Sarebbe allora utile integrare i percorsi formativi attuali e le procedure di selezione del personale, tenendo conto di queste esigenze. È infine necessario essere realisti nel valutare il contesto nel quale si esercitano i ruoli direzionali: costretti tra vincoli contrapposti, e non sempre nelle condizioni di svolgere serenamente il nostro lavoro, come ci viene richiesto. Questo espone i professionisti a un rischio crescente di "burn out", segnalato dalla letteratura: credo sia interesse della società nel suo insieme, preoccuparsi anche della "salute di chi cura", non tanto per il rispetto di una sentenza, ma perché, quando ne abbiamo bisogno, tutti ci auguriamo di trovare professionisti qualificati, ma anche persone serene, in grado di farsi carico dei problemi che, come pazienti, dobbiamo caricare sulle loro spalle.

Gianpiero Fasola

Direttore Dipartimento di Oncologia
Azienda ospedaliero-universitaria di Udine

Presidente Collegio Italiano primari
oncologi medici ospedalieri



CONSIGLIO DI STATO (PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE SOLO SE C'È IL FISIATRA)

Il fatto

La Sezione regionale Veneto dell'Associazione Italiana Fisioterapisti ha impugnato due delibere adottate dalla Regione, ritenendole in contrasto con la normativa statale, in quanto delineano un ruolo del fisioterapista meramente esecutivo e privo di autonomia rispetto a quello del fisiatra, al quale attribuiscono non solo il compito di effettuare la diagnosi, ma anche quello di stabilire le specifiche prescrizioni oggetto del programma riabilitativo individuale.

Profili giuridici

Il Consiglio di Stato ha chiarito come la normativa nazionale di riferimento vada intesa nel senso di prevedere la possibilità per il fisioterapista di prestare la propria attività, avendo come riferimento le diagnosi e le prescrizioni del medico, sia autonomamente che in équipe, ma solo in funzione esecutiva delle prescrizioni mediche. Pertanto, l'autonomia del professionista sanitario si può esplicitare solo nel presupposto dell'esistenza delle prescrizioni indicate dal

fisiatra, quale coordinatore dell'équipe riabilitativa.

Avv. Ennio Grassini

www.dirittosanitario.net



LOMBARDIA. APPROVATA MOZIONE PER RICONOSCIMENTO GIURIDICO ASSISTENTI ODONTOIATRICI

Presentata dal consigliere Pd Carlo Borghetti, la mozione è stata votata da tutte le forze politiche e invita la giunta regionale a farsi carico del riconoscimento della figura dell'Assistente di studio odontoiatrico facendosi parte attiva presso la Conferenza Stato Regioni.

Approvata nel Consiglio Regionale della Lombardia, da tutte le forze politiche, la mozione presentata dal consigliere Carlo Borghetti, del PD, che invita la Giunta Regionale a farsi parte attiva presso la Conferenza Stato-Regioni per il riconoscimento giuridico della figura professionale dell'Assistente di studio odontoiatrico (Aso).

Questo tipo di operatore, ausiliario al lavoro del dentista, non ha nessuna effettiva codifica a livello nazionale nonostante lo svolgimento di delicate attività, che vanno dall'accoglienza e dimissione dei pazienti, alla preparazione delle aree dedicate agli interventi clinici, all'assistenza durante l'esecuzione delle prestazioni, sino

alla sterilizzazione degli strumenti e degli ambienti di lavoro dove si svolgono gli interventi.

“Siamo soddisfatti di aver portato all'attenzione della Regione - ha esultato **Borghetti** - una questione che merita di essere trattata in nome della funzione non banale svolta da questa professione, che necessita di competenza e di un bagaglio di abilità che devono essere certificate e garantite anche da percorsi formativi riconosciuti su tutto il territorio nazionale, oltre che dall'esperienza, in nome di una sempre maggiore sicurezza dei pazienti: il profilo professionale Aso deve essere definito al più presto a livello nazionale e Regione Lombardia deve ottenere che la Conferenza Stato-Regioni completi in fretta l'iter istitutivo di questa figura, iter già avviato ma rimasto interrotto da troppo tempo. Auspicio che - ha concluso - anche tutte le organizzazioni dei dentisti si uniscano a questa richiesta”.

MOZIONE URGENTE

OGGETTO: DETERMINAZIONI IN MERITO AL RICONOSCIMENTO DELLE FIGURE PROFESSIONALI DI ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO (ASO)

Il Consiglio Regionale

(omissis)

INVITA LA GIUNTA REGIONALE E GLI ASSESSORI COMPETENTI

1) a farsi parte attiva presso la Conferenza Stato/Regioni, affinché possa essere giuridicamente riconosciuto il profilo professionale dell'Assistente di Studio Odontoiatrico (ASO), quale operatore ausiliario negli studi odontoiatrici;

2) a prevedere, nell'ambito della trattazione della tematica a livello nazionale, un percorso di formazione specifico per i soggetti che attualmente svolgono di fatto le attività riconducibili al profilo di ASO, per acquisire l'attestato professionale.

Milano, 24 aprile 2013



TRUFFA AL SSN: CONDANNATI PRESCRITTORI E SPECIALISTI, NON I FISIOTERAPISTI

Il fatto

I responsabili di un istituto convenzionato con il Ssn per la erogazione di prestazioni di riabilitazione motoria e di fisiokinesiterapia e alcuni medici e fisioterapisti sono stati rinviati a giudizio per i reati di associazione a delinquere e truffa continuata. I professionisti avevano ideato un sistema attraverso il quale, con l'ausilio di promotori, avvicinavano potenziali clienti e li inducevano a rivolgersi ai medici della struttura riabilitativa, i quali stilavano piani terapeutici contenenti iperprescrizioni di fisiokinesiterapia, sovrabbondanti e non necessarie per le esigenze dei pazienti; i piani venivano successivamente trascritti sulle ricette redatte dai medici di base e si attestava l'avvenuto svolgimento delle sedute di terapia da parte dei fisioterapisti all'interno dell'Istituto. In base a quanto indicato nei piani tera-

peutici prescritti dalle ricette mediche venivano chiesti ed ottenuti rimborsi non corrispondenti alle necessità mediche dei pazienti e comunque alle prestazioni fisioterapiche effettuate.

Profili giuridici

I giudici dell'appello hanno confermato la responsabilità dei medici specialisti dell'istituto convenzionato, escludendo quella dei fisioterapisti e dei loro coordinatori. Il Procuratore generale ha promosso ricorso per Cassazione avverso la decisione, evidenziando come il ruolo dei fisioterapisti sia stato riconosciuto come necessario alla perpetrazione delle truffe.

La Corte di Cassazione ha chiarito che le prescrizioni sovrabbondanti dei medici non possono non collocarsi nella strategia tipicamente aziendalistica dei responsabili dell'Istituto, che si è tradotta

in una palese violazione della normativa, mentre la posizione dei fisioterapisti è scollegata dall'atto prescrittivo e, nel caso in cui siano stati consapevoli che la loro prestazione si inseriva in una organizzazione finalizzata alla truffa al SSN, il loro comportamento rileva solo nel rapporto interno con la struttura.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net



EMILIA ROMAGNA



OBIETTIVO NON AUTOSUFFICIENZA

Tutte le linee dell'assistenza dai servizi domiciliari ai "caffè Alzheimer"

Il Fondo regionale per la non autosufficienza (Frna), istituito dalla legge regionale 27/2004 per finanziare servizi dedicati a persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza e a persone con gravi disabilità e avviato concretamente nel 2007 con la delibera della Giunta regionale n. 509, entra nel settimo anno di vita. Si tratta di un esperimento che per mole di risorse, rete di servizi, professionalità ed esperienze acquisite, costituisce probabilmente un caso unico in Italia.

Le risorse per il Fondo. La decisione della Giunta Errani nel 2007 di stanziare risorse aggiuntive ha trovato costante applicazione negli anni fino a raggiungere un picco nel 2011 con 151 milioni per coprire il contemporaneo azzeramento del Fondo nazionale per la non autosufficienza. In sei anni (2007-2012) la Giunta ha investito 721 milioni di risorse aggiuntive e se a questa cifra si sommano i 120 previsti come ipotesi per il 2013, si toccano 841 milioni di risorse aggiuntive.

Se si considera invece l'insieme delle risorse su cui ha potuto contare il Fondo (anche in questo caso per il 2013 è una assegnazione definitiva) che comprende sia la spesa "storica" per anziani e disabili derivante dal Fondo sanitario regionale, sia le risorse aggiuntive, si raggiungono quasi 3 miliardi: 2.995,6 milioni.

La rete storica dei servizi. L'insieme delle strutture residenziali è l'ossatura della rete storica per l'assistenza ad anziani e disabili. Nel 2011 le persone anziane che hanno usufruito delle strutture residenziali sono state 24.466, mentre le persone disabili 2.440.

Questa voce nel bilancio del Fondo assorbe la maggior quantità di risorse per la copertura di una parte dei costi delle rette. E l'obiettivo di spostare sulla domiciliarità parte degli interventi per tenere nel proprio ambiente domestico le persone, ha fatto aumentare la spesa per la domiciliarità annua tra il 2007 e il 2012 per gli anziani dal 18 al 21% e per i disabili dal 14 al 18 per cento. Parallelamente la percentuale di spesa per la residenzialità, nello stesso periodo, è

passata dal 50 al 44% per gli anziani e dal 16 al 15% per i disabili.

L'assistenza domiciliare, grazie ai programmi collegati al Fondo regionale per la non autosufficienza, è stata ampliata e maggiormente qualificata: oltre 1.700.000 ore erogate nel corso del 2011, con modalità flessibili e personalizzate, e che in alcuni casi prevede anche servizi accessori come a esempio la consegna di pasti a domicilio. Tra le forme qualificate di assistenza domiciliare, rientra la "dimissione protetta" (circa 8.000 anziani nel 2011): una forma di accompagnamento e sostegno supporto domiciliare specializzata dopo una dimissione ospedaliera.

Altro capitolo della domiciliarità è l'assegno di cura. L'assegno viene dato alla famiglia che tiene la persona anziana o la persona disabile a casa ed è modulato sulle condizioni economiche del nucleo familiare e sulla gravità del bisogno. In determinati casi, in presenza dell'assegno di accompagnamento erogato dall'Inps, l'assegno può essere ridotto o non riconosciuto. In ogni caso non si tratta di un mero contributo economico, ma è legato a un progetto di cura definito dall'Unità di valutazione geriatrica territoriale, che ne monitora l'andamento. Gli assegni erogati ad anziani e disabili sono passati dai 20.602 del 2007 ai 23.175 del 2010. Nel 2011 il numero è sceso a 19.315. Tuttavia questo calo, come si è già rilevato, ha inciso in maniera relativa sulla spesa complessiva per la domiciliarità che fra il 2007 e il 2012 è salita dal 14 al 18% sul totale delle risorse del Fondo per i disabili, e dal 18 al 21% per gli anziani.

Le nuove opportunità per il mantenimento al domicilio delle persone non autosufficienti. La rete dei nuovi servizi creata a supporto delle famiglie per ridurre il carico di assistenza a domicilio, pur costituendo una parte meno rilevante della spesa per il Fondo, si è caratterizzata per l'originalità e/o l'efficacia di alcune scelte.

L'accoglienza temporanea di sollievo. Si offre alle famiglie la possibilità di avere periodi di sollievo (si ha diritto a 30 giorni all'anno, frazionabili anche in più periodi). Il servizio è pensato per rispondere alle esigenze delle famiglie, a esem-

pio nei periodi di vacanza o anche quando l'assistente familiare va in ferie e c'è necessità di avere un luogo dove far stare l'anziano o il disabile. Nel 2011 sono state circa 2.900 le persone che hanno usufruito del servizio.

Altra tipologia è il ricovero temporaneo di sollievo post-dimissioni ospedaliere, legato a una condizione di bisogno della persona anziana che, dimessa dall'ospedale, non può immediatamente tornare a casa. Circa 3.500 gli anziani che nel 2011 ne hanno usufruito.

Le assistenti familiari. Il problema delle assistenti familiari straniere è legato a un altro tipo di intervento per l'emersione del lavoro di cura di queste persone, molte delle quali tuttora lavorano in nero. Si è pensato di far emergere il fenomeno, riconoscendo un contributo aggiuntivo di 160 euro mensili a chi, nell'ambito di un contratto per assegno di cura, presentava determinate condizioni di reddito Isee. Dopo un avvio parziale nel 2007, il sistema è entrato a regime nel 2008 con 2.632 contratti, saliti nel 2011 a 6.817. Accanto a questo sono stati avviati programmi di qualificazione delle assistenti familiari.

I programmi di contrasto dell'isolamento e di costruzione delle reti sociali e di solidarietà. Tra le nuove opportunità ci sono altre iniziative come quelle per il sostegno alle reti informali di solidarietà sociale, valorizzando il ruolo del volontariato. Come le iniziative per forme di aggregazione e di aiuto quotidiano con l'intervento di personale volontario o dei servizi (aiuto nel fare la spesa, coinvolgimento in attività di socializzazione, comprare una medicina ecc.) fino alla realizzazione di alloggi dove anziani, ancora autosufficienti, possono vivere con spazi in comune (a esempio il salone per attività ricreative e culturali), servizi comuni (a esempio il portierato) e flessibili, cioè attivabili al bisogno, anche temporaneamente (come la lavanderia).

I servizi di telesoccorso e teleassistenza. Completano il quadro i servizi di telesoccorso e di teleassistenza, anche gestiti con il supporto dei servizi sanitari presenti sul territorio del distretto, sia per il monitoraggio a distanza dell'anziano e della persona con disabilità (in

Sanità

n. 13 del 9 aprile 2013

caso di particolari condizioni di salute), sia per finalità sociali.

La rete dei caffè Alzheimer e il programma per le gravissime disabilità. Il Fondo ha dato la possibilità di incentivare lo sviluppo di interventi e attività cosiddetti a bassa soglia e alta capacità di contatto. Tra questi i caffè Alzheimer, che grazie alla possibilità di essere cofinanziati con il Fondo (meno di 20mila euro l'anno, che si aggiungono a risorse di Comuni e volontariato) dal 2007 al 2012 si sono più che triplicati: circa 60 caffè Alzheimer in Regione, ogni anno frequentati da almeno 2.000 persone. In un luogo che può essere il bar della parrocchia o del paese, o altro locale informale, si incontrano il familiare e la persona con demenza con altri familiari e altre persone colpite da Alzheimer o altre forme di demenza, alla presenza di volontari e di operatori dell'Asl.

Gli operatori sono a disposizione, forniscono informazioni, chiariscono dubbi, i familiari si scambiano suggerimenti e creano relazioni.

Il programma per le gravissime disabilità riguarda invece quelle persone che si trovano in una condizione di totale non autosufficienza principalmente per tre tipi di patologie: gravissime

cerebrolesioni, patologie neurologiche degenerative come la Sla (Sindrome laterale amiotrofica), mielolesioni. In questi casi l'Unità di valutazione multidisciplinare presente in ogni distretto, che riunisce diversi specialisti, fa un progetto individuale per la persona che può prevedere o l'assistenza in residenze che hanno requisiti specifici per affrontare situazioni del genere (sul piano assistenziale e del comfort alberghiero), oppure l'assistenza al domicilio (assistenza domiciliare integrata, assegno di cura, con il contributo aggiuntivo, quando è presente, per l'assistente familiare).

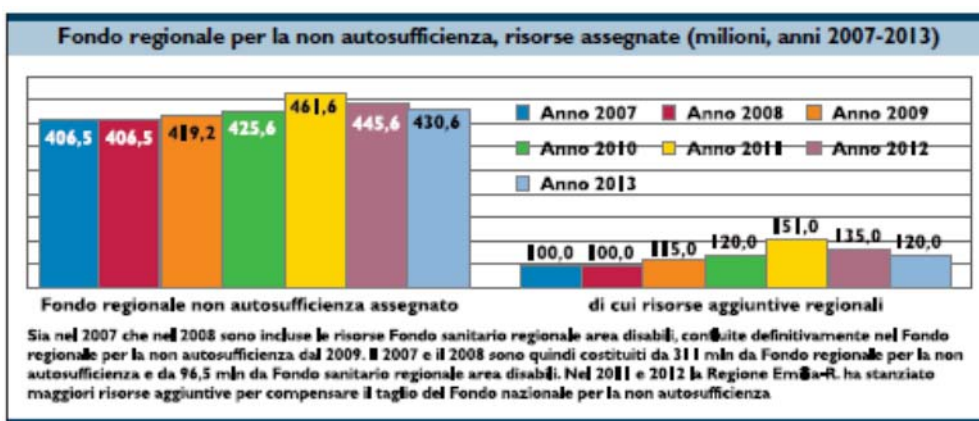
Ogni anno sono oltre 1.300 le persone con gravissima disabilità assistite nella rete dei servizi, nella maggioranza dei casi a domicilio, con assegno di cura e assistenza domiciliare, con una spesa annuale di circa 25 milioni.

Tratto dall'analisi a cura dell'Assessorato politiche per la salute Regione Emilia-Romagna



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

- BREVIGLIERI CRISTINA (CNA Bologna)**
Tel. 051 299287
- CAVINI SALVATORE (CNA Imola)**
Tel. 0542 632611
- SPAGGIARI FRANCO (CNA Modena)**
Tel. 059 418573
- GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)**
Tel. 0521 227280
- IOLI LUCA (CNA Rimini)**
Tel. 0541 787967
- 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



Fondo regionale per la non autosufficienza, risorse regionali e nazionali (anni 2007-2013)

	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Ipotesi anno 2013
Fna assegnato	406,5	406,5	419,3	425,6	461,6	445,6	430,6
Fna assegnato (*)	0,0	9,1	26,8	61,9	0,0	5,5	25,4

(*) Al Fondo nazionale per la non autosufficienza per il 2011 è stato posto, a livello ministeriale, il vincolo di utilizzo esclusivo per interventi a favore delle persone con Sla (sclerosi laterale amiotrofica)



Il Ministero della Salute sul riordino delle Professioni Sanitarie e l'accordo delle tre C: consensuale, condivisa e concertata

In merito all'innovazione necessaria e indispensabile per mantenere, consolidare ed estendere il nostro SSN equo, solidale e universale, **al tavolo delle "competenze avanzate" delle professioni sanitarie le due intese registrate per le professioni infermieristiche e per quella di tecnico sanitario di radiologia medica, fra l'altro complementari e non antitetiche, costituiscono certamente un evento positivo, se non storico**, che può costituire il presupposto sul quale realizzare un nuovo rapporto, più avanzato ed adeguato all'evoluzione scientifica, tecnologica, formativa e ordinamentale in corso in sanità, tra i medici, gli infermieri e le altre professioni sanitarie.

Il Ministero della Salute non può che ringraziare per la passione, l'impegno e la competenza dimostrate dai vari soggetti coinvolti (Regioni, ordini, collegi, associazioni professionali, società scientifiche e sindacati) nell'impegnarsi nella delicata ed importante costruzione di queste proposte, che quando saranno realizzate in ogni azienda sanitaria locale o ospedaliera porranno di nuovo come centrale per uscire dall'attuale crisi del SSN il fattore e la risorsa umana e professionale come il protagonista centrale ed indispensabile. Se è vero, come è vero, che la nostra Costituzione afferma che siamo una Repubblica fondata sul lavoro, a maggior ragione l'attuazione dell'articolo 32 della medesima legge fondante le nostre Istituzioni, al fine di realizzare il diritto alla salute, si basa essenzialmente sul sapere e l'agire delle lavoratrici e dei lavoratori che in sanità operano e dei quali medici, infermieri e le altre professioni sanitarie costituiscono la stragrande maggioranza degli operatori.

L'intesa realizzata sulle professioni infermieristiche costituisce, a mio giudi-

zio, il metodo, generalizzabile salvaguardando con i necessari adattamenti le specificità di ogni professione sanitaria, con il quale possono essere individuate le nuove competenze di norma delle professioni mediche attribuibili nello specifico anche alle professioni infermieristiche; metodo che ha come *conditio sine qua non* che le due professioni interessate, per il tramite delle loro rappresentanze professionali e sindacali, realizzino l'intesa su quali funzioni individuare per implementare le competenze e con quali protocolli e percorsi formativi, ovviamente rispondenti alle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria. Infatti una scelta così radicale se non rivoluzionaria che opera una rottura con preesistenti logiche di competenze non può che realizzarsi attraverso il convincimento, la condivisione e la concertazione tra le due professioni interessate; rimane alla politica ed all'amministrazione il compito non solo di dare gli indirizzi e le scelte programmatiche ma la messa in campo degli atti conseguenti per la concretizzazione ed attuazione dell'intesa tra le professioni. L'intesa realizzata sulla professione di tecnico sanitario di radiologia medica, invece, costituisce il metodo, sempre con le tre C, con cui dar vita al professionista specialista che l'articolo 6 della legge 43/06 ha individuato quale necessaria evoluzione ordinamentale che non sia solo gestionale ma che esalti l'aumento di competenze cioè l'alta professionalità.

Le aree di specializzazione individuate per ogni professione possono, con il concorso attivo dei soggetti interessati (rappresentanze professionali, scientifiche e sindacali, Regioni, Ministero della Salute e Ministero dell'Università), essere riempite di contenuti professionali per l'individuazione delle nuove compe-

tenze avanzate e specialistiche da attribuire e di quali master, indicando ordinamenti didattici omogenei a livello nazionale, sono necessari per accedere alla nuova posizione di professionista specialista, prevedendo il riconoscimento dei crediti formativi per i corsi regionali ed aziendali già svolti e per l'esperienza realizzata nel settore.

L'intesa sulle professioni infermieristiche prefigura la costituzione di un Osservatorio Nazionale presso il Ministero della Salute che avrà il compito di promuovere le buone pratiche al fine di promuovere in forma omogenea sul territorio nazionale l'innovazione sulla nuova organizzazione del lavoro che, recita l'accordo, avrà come prioritaria l'adesione di modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali, ad iniziare dall'organizzazione dei presidi ospedalieri per intensità di cure e dai modelli per complessità assistenziale.

È augurabile ora che i presupposti sono stati posti nella forma e nella sostanza in modalità condivise che i due primi accordi possano essere velocemente avviati all'approvazione della Conferenza Stato - Regioni per poter esplicitare al più presto e al massimo le loro potenzialità innovative e contemporaneamente si possano attivare gli altri gruppi di lavoro, sempre del tavolo tecnico Ministero Salute - Regioni, per l'elaborazione delle proposte di implementazione delle competenze ed attivazione delle specializzazioni delle altre professioni sanitarie ad iniziare dal cronoprogramma già concordato (ostetriche, fisioterapisti, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, audiometrista e audioprotesista).

Saverio Proia, Ministero della Salute
da L'AUDIOPROTESISTA 30

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