



NASCE L'AUSL UNICA ROMAGNA

Sul suo territorio oltre 1,1 milioni di assistiti, 15 ospedali e 14 case di cura private

È nata l'Ausl unica della Romagna. La legge approvata in Assemblea legislativa dà vita alla quinta azienda sanitaria italiana (dopo l'Asl di Milano, Asur (Marche), Asl Bari e Asl Palermo) per popolazione residente e tra le prime per superficie territoriale e numero di ospedali.

«Usciamo da una logica di pura conservazione e di continuismo: il servizio sanitario di questa Regione ha la propria forza non nella capacità di gestire, ma in quella visionaria di proporre delle scelte e di porsi come guida per il resto del Paese», ha detto l'assessore regionale alle Politiche per la Salute Carlo Lusenti concludendo il suo intervento che ha preceduto l'approvazione della legge di costituzione dell'azienda sanitaria unica della Romagna.

L'azienda Usl della Romagna, che nasce dall'unificazione delle aziende di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, ha una popolazione di 1.124.896 persone residenti (1.106.375 gli assistiti) e un territorio di 5.098 chilometri quadrati. Con 3.355 posti letto nel sistema pubblico (che salgono a 4.895 con il privato accreditato), la nuova azienda dispone di 15 ospedali pubblici, cui si aggiunge l'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola, e sono 14 le case di cura private accreditate totali.

I dipendenti sono 14.789, mentre i professionisti convenzionati con

l'azienda unica, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sono rispettivamente 796 e 158. Il volume di attività specialistica prodotta nel 2012 dalle quattro aziende romagnole, tra visite ed esami, è stato di 14.662.290 prestazioni.

Per quanto riguarda il finanziamento regionale, il volume complessivo delle quattro Aziende sanitarie romagnole per il 2013 si è attestato a 1,725 miliardi di euro su un totale di 6,883 miliardi relativo a tutte le Ausl dell'Emilia-Romagna.

«Il nostro obiettivo - ha detto ancora Lusenti - non è quello di risparmiare ma di spendere fino all'ultima risorsa disponibile per continuare a garantire i nostri elevati livelli di assistenza, con un progetto che è di innovazione, sviluppo e crescita». Livelli che, ha specificato l'assessore, «testimoniano la qualità del nostro servizio anche più dei pur buoni risultati di bilancio e di equilibrio. Risultati che non sono garantiti per sempre in un settore, quello dell'assistenza sanitaria, come nessun altro attraversato da cambiamenti profondi. Le aziende romagnole hanno una condizione di fragilità rispetto a obiettivi di ulteriore crescita e sviluppo. Quindi bisogna dire "no" a logiche di territorio miopi e parziali e "si" a obiettivi più ambiziosi, cui si giunge dopo un percorso durato due anni. Le scelte non sono state calate dall'alto».

Sommario:

Nasce l'AUSL unica Romagna	1
Il nuovo concordato con continuità aziendale e partecipazione alle gare pubbliche	2
Pubblicità e privacy: le nuove norme del garante	3
Rapporto AIOP, 5 milioni di persone rinunciano a curarsi	4
Effetto crisi sui biomedicali	5
Sanità: niente Albi (per ora). Ma tanti risparmi in corsia	6
Ordini sanitari al palo	7
Chinesiologi, naturopati, osteopati: faccia a faccia con i requisiti dell'UNI	8-9
Podologia: chiuso a Roma il congresso mondiale. Sette anziani su 10 hanno problemi ai piedi	10
Assenza per malattia dipendente è un dato sensibile	11
Costi standard. Finalmente abbiamo capito il bluff. La soluzione? Finanziamento in base agli esiti	12
Dispositivi medici: nuovi termini per registrazione in banca dati	13
Ricerca e riabilitazione. Inail e IIT svilupperanno dispositivi a costi sostenibili	14
Professioni in cerca di polizza	15
Professioni sanitarie meno occupate	16

APPALTI



IL NUOVO CONCORDATO CON CONTINUITÀ AZIENDALE E LA PARTECIPAZIONE ALLE GARE PUBBLICHE

Come è noto la legge n. 134/2012 (Decreto sviluppo) ha introdotto il nuovo art. 186 bis) della Legge Fallimentare, rubricato "Concordato con continuità aziendale", procedura che prevede la prosecuzione dell'attività di impresa da parte del debitore, funzionale al miglior soddisfacimento dei creditori. Il comma 3° del detto articolo prevede che "i contratti in corso di esecuzione alla data del deposito del ricorso, anche stipulati con le pubbliche amministrazioni, non si risolvono per effetto dell'apertura della procedura. Sono inefficaci eventuali patti contrari.

L'ammissione al concordato preventivo non impedisce la continuazione dei contratti pubblici se il professionista designato dal debitore di cui all'art. 67 ha attestato la conformità al piano e la ragionevole capacità di adempimento. Di tale continuazione può beneficiare, in presenza dei requisiti di legge, anche la società cessionaria o conferitaria

d'azienda o di rami d'azienda cui i contratti siano trasferiti". Nell'ottica pertanto della continuazione dell'azienda e del maggior favor creditoris il Legislatore ha previsto la prosecuzione dei contratti in essere, compresi quelli stipulati con le PP.AA., in presenza di determinate condizioni. Allo stesso modo il comma successivo stabilisce che "L'ammissione al concordato preventivo non impedisce la partecipazione a procedure di assegnazione di contratti pubblici", quando l'impresa presenta determinati requisiti specificati dalla norma stessa; l'impresa in concordato, inoltre, può concorrere anche riunita in raggruppamento temporaneo di imprese. Sul punto una recente sentenza del T.A.R. Friuli Venezia Giulia ha ritenuto che anche la semplice presentazione dell'istanza di ammissione alla procedura di concordato con continuità aziendale consenta di ammettere l'impresa alla partecipazione alla procedura di gara pubblica; in tal senso, secondo i

giudici amministrativi, le congiunte esigenze di favorire la maggiore partecipazione possibile alle gare ad evidenza pubblica nonché la valorizzazione delle prospettive di risanamento aziendale, sottese alla nuova procedura concordataria, depongono in favore di una lettura allargata del comma 4° dell'art. 186-bis Legge Fallimentare. Contrariamente si arriverebbe all'assurdo di ammettere a partecipare alla gara un'impresa che sia stata ammessa alla procedura di concordato ma non quella che abbia provveduto a depositare l'istanza di ammissione, con l'evidente risultato di castrare le possibilità di effettivo risanamento e continuità dell'impresa. T.A.R. FRIULI VENEZIA GIULIA, I 6/3/2013 N. 146

Eleonora Lenzi
Studio Stefanelli



IGIENISTI DENTALI. MINISTERO: "POSSONO LAVORARE ANCHE SENZA LA PRESENZA DELL'ODONTOIATRA E APRIRE STUDIO AUTONOMO"

L'igienista dentale può lavorare senza la presenza dell'odontoiatra, aprire studi autonomi e acquistare attrezzature per l'esercizio della professione, sempre nel limite delle sue competenze". La soddisfazione del presidente Aidi, Boldi: "Si sta finalmente facendo luce su di una problematica da tempo dibattuta e mai pienamente chiarita". Il parere del Ministero della Salute.

Gli igienisti dentali possono lavorare senza la presenza dell'odontoiatra, aprire studi autonomi e acquistare attrezzature per l'esercizio della professione, ben inteso limitatamente alle sue competenze. Lo chiarisce il Ministero della Salute in un parere. Soddisfatta l'Associazione degli igienisti dentali che sul suo sito pubblica il parere e attraverso il presidente **Marialice Boldi** specifica come sul tema vi sia anche un procedimento al Tar. "come certo ricorderete, la Regione Emilia Romagna aveva negato al nostro socio **Zeno Melloni**

la possibilità di aprire uno studio autonomo di Igiene Orale. AIDI, con l'assistenza del nostro "storico" Avvocato **Silvia Stefanelli**, ha sostenuto il procedimento di ricorso al TAR dell'Emilia Romagna di Zeno Melloni e presentato un ricorso "ad adiuvandum".

"Al fine di supportare validamente il ricorso - specifica Boldi - abbiamo posto a **Giovanni Leonardi**, Direttore del Ministero della Salute, un esplicito quesito che chiarisse, una volta per tutte, ogni dubbio in relazione alla possibilità per l'igienista dentale di lavorare senza la presenza dell'odontoiatra, di aprire studi autonomi e di acquistare attrezzature per l'esercizio della professione, ben inteso limitatamente alle sue competenze. Dopo un incontro al Ministero, telefonate ed e-mail, finalmente è arrivato il parere che, come ci aspettavamo, chiarisce perfettamente ogni aspetto e risponde ai quesiti in modo positivo.

"Grazie all'intervento di Aidi - conclude Boldi - quindi, si sta finalmente facendo luce su di una problematica da tempo dibattuta e mai pienamente chiarita perché, sino ad ora, il Ministero non si era mai espresso in maniera così esplicita. Attendiamo ora la sentenza del TAR che chiuderebbe definitivamente e positivamente la questione".





PUBBLICITA' E PRIVACY: LE NUOVE NORME DEL GARANTE

Linee Guida in materia di attività promozionale e contrasto allo spam – Prov. Garante n. 330 del 4 luglio 2013, G.U n. 174 del 26 luglio 2013

Offerte commerciali a utenti di social network o di servizi di messaggistica come Skype e WhatsApp, e-mail e sms indesiderati, sono in veloce aumento gli strumenti di marketing sul web che espongono gli utenti a rischio di frodi, ma il Garante è intervenuto a dare qualche elemento in più per combattere il marketing selvaggio e favorire pratiche commerciali "amiche" di utenti e consumatori. Si tratta delle nuove "Linee guida in materia di attività promozionale e contrasto allo spam" varate nel mese di Luglio.

Queste in sintesi le principali regole contenute nelle Linee guida.

Offerte commerciali e spam

Il Garante ribadisce che la regola generale per l'uso di dati per pubblicità: l'invio di offerte commerciali può essere fatto solo con il consenso preventivo. Per poter inviare comunicazioni promozionali e materiale pubblicitario tramite sistemi automatizzati (telefonate preregistrate, e-mail, fax, sms, mms) è necessario aver prima acquisito il consenso dei destinatari (cosiddetto opt-in). Tale consenso deve essere specifico, libero, informato e documentato per iscritto.

La regola dell'opt-in si applica anche all'utilizzo degli indirizzi PEC contenuti nell'indice nazionale degli indirizzi PEC di imprese e dei professionisti. Diverso discorso invece per il telemarketing per il quale continuano ad applicarsi le norme del Registro pubblico delle opposizioni.

Il consenso non può essere libero quando è preimpostato quindi la pre-compilazione o pre-flag della casella di consenso non è corretta.

Maggiori controlli su chi realizza campagne di marketing. Il titolare del trattamento che commissiona campagne promozionali deve esercitare adeguati controlli per evitare che agenti, subagenti o altri soggetti a cui ha delegato i contatti con i potenziali clienti effettuino spam.

Consenso per l'uso dei dati presenti su Internet e social network. E' necessario lo specifico consenso del destinatario per inviare messaggi promozionali agli utenti di Facebook, Twitter e altri social network (ad esempio pubblicandoli sulla loro bacheca virtuale) o di

altri servizi di messaggistica e Voip sempre più diffusi come Skype, WhatsApp, Viber, Messenger, etc. Il fatto che i dati siano accessibili in Rete non significa che possano essere liberamente usati per inviare comunicazioni promozionali automatizzate o per altre attività di marketing "virale" o "mirato".

Libero invece il "Passaparola". Non è necessario il consenso per inviare e-mail o sms con offerte promozionali ad amici a titolo personale (il cosiddetto "passaparola").

Semplificazioni per le aziende in regola

E-mail promozionali ai propri clienti. È lecito l'invio di messaggi promozionali, tramite e-mail, ai propri clienti su beni o servizi analoghi a quelli già acquistati, il cosiddetto soft spam previsto dall'art. 130 comma 4 del Codice Privacy.

Promozioni per "fan" di marchi o aziende. Una impresa o società può inviare offerte commerciali ai propri "follower" sui social network quando dalla loro iscrizione alla pagina aziendale si evinca chiaramente l'interesse o il consenso a ricevere messaggi pubblicitari concernenti il marchio, il prodotto o il servizio offerto.

Consenso unico valido per diverse attività. Basta un unico consenso per tutte le attività di marketing (come l'invio di materiale pubblicitario o lo svolgimento di ricerche di mercato); il consenso prestato per l'invio di comunicazioni commerciali tramite modalità automatizzate (come e-mail o sms) copre anche quelle effettuate tramite posta cartacea o con telefonate tramite operatore. Le aziende che intendono raccogliere i dati personali degli utenti per comunicarli o cederli ad altri soggetti a fini promozionali, possono acquisire un unico consenso valido per tutti i soggetti terzi indicati nell'apposita informativa fornita all'interessato.

Gruppi di imprese. Il titolare deve comunque prestare molta attenzione alla comunicazione dei dati a terzi. Secondo il Garante i soggetti appartenenti al medesimo gruppo societario, al fine di adempiere all'obbligo di consenso devono essere ritenuti di regola quale autonomi e distinti titolari del trattamento.

Tutele e sanzioni contro lo spam

Tutele per i singoli utenti. Le persone che ricevono spam possono presentare segnalazioni, reclami o ricorsi al Garan-

REFEREN-
CNA BE-
SANITÀ
EMILIA
CNA
TI
NESSERE E
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)

te e comunque esercitare tutti i diritti previsti dal Codice privacy, inclusa la richiesta di sanzioni contro chi invia messaggi indesiderati (nei casi più gravi possono arrivare fino a circa 500.000 euro).

Tutele per le società. Le "persone giuridiche", pur non potendo più chiedere l'intervento formale del Garante per la privacy, possono comunque comunicare eventuali violazioni. Hanno invece la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria per azioni civili o penali contro gli spammer.

Contestualmente alle Linee guida, il Garante ha adottato anche un apposito provvedimento generale sul consenso al trattamento dei dati personali (Garante Privacy, provvedimento 15.05.2013 n° 242, G.U. 26.07.2013).

Avv. Alessandra Delli Ponti
Studio legale Stefanelli



RAPPORTO AIOP, 5 MILIONI DI PERSONE RINUNCIANO A CURARSI

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

È uno scenario di profondo disagio sociale, quello che emerge dall'undicesimo rapporto "Ospedali & salute" realizzato dall'Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) in collaborazione con Ermeneia e presentato ieri a Roma. Nell'ultimo anno, sono infatti 5,5 milioni le famiglie che hanno rinunciato o rimandato cure dentarie, 4,7 milioni cure specialistiche e 2,9 milioni esami di laboratorio. Parallelamente alla crisi che ha ridotto le disponibilità economiche di molti italiani, ha inciso l'aumento dei ticket: quelli sanitari per la diagnostica e le visite specialistiche sono lievitati del 22% dal 2009 al 2012 e quello sui farmaci è arrivato al 63%. I cittadini italiani hanno poi sborsato somme crescenti per il pagamento delle prestazioni intramoenia incrementato del 51% dal 2011 al 2012. Completa il quadro l'incremento delle addizionali Irpef regionali che ha toccato punte del 77%. L'indagine Aiop ha prodotto numerose cifre sulla sanità italiana e conferma la ridotta spesa ospedaliera pubblica, che è pari a

61,6 miliardi di euro e costituisce il 7% del Pil. È una percentuale inferiore sia alla media dei Paesi del G7 (8%) che a quella dei Paesi Ocse (7,8%). Gli ospedali pubblici dispongono del 70% dei 211 mila posti letto complessivi, mentre l'altro 30% si trova negli ospedali privati accreditati. Le strutture ospedaliere sono in tutto 1.125, producono 67,9 milioni di giornate di degenza, offrono lavoro a 650 mila addetti e curano 14 milioni di pazienti. Secondo l'Aiop, il sistema necessita di un processo di efficientamento e riqualificazione. Prima di tutto, serve «il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, sia pubblici che privati», visto che questi ultimi rappresentano il 27,3% dell'attività complessiva ma costano solo il 14,4% della spesa totale. La seconda strada «è quella della trasparenza e della semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali, a partire dall'obbligo di bilanci trasparenti e confrontabili per tutti gli ospedali pubblici».

LA CIPRIA E IL ROSSETTO IN CORSIA

Il trucco alleato dei medici in ospedale. L'Università Campus Bio-Medico di Roma ha lanciato la seconda edizione del corso in Beauty Recovery Specialist, un'iniziativa con cui il servizio post-lauream dell'ateneo si propone di istituzionalizzare sempre più il ruolo di specialista in estetica ospedaliera.

24 ORE
Sanità

n. 35 del 1/10/2013

24 ORE
Sanità

n. 42 del 19/11/2013



LA CRISI TAGLIA LA SPESA DAL DENTISTA

In 5 anni 500mila famiglie in meno - Volume d'affari passato da 6,7 a 4,9 miliardi

Minori consumi, minore spesa e minori entrate per i dentisti. Questa è la conclusione lapidaria a cui giungono gli odontoiatri dell'Andi, il principale sindacato di categoria, che in occasione del 61° congresso scientifico nazionale - a Roma il 15 e 16 novembre scorsi - hanno presentato gli ultimi dati elaborati dal servizio studi dell'associazione. I temi? Struttura della professione, stato di salute orale della popolazione, domanda di cure, effetto della crisi economica sugli studi, opinione della popolazione (v. tabelle in pagina e per il report completo www.24oresanita.com).

A saltare agli occhi sono soprattutto le conseguenze della crisi che, rilevano dal sindacato, ormai ha assunto caratteristiche strutturali. Come dire che prima di tornare ai livelli del 2007, se mai ci si arriverà, visti i cambiamenti del mercato, serviranno anni. Intanto, secondo il report Andi, tra 2007 e 2012 sono andate dal dentista 500mila famiglie in

meno. Una contrazione che si traduce in un calo della spesa odontoiatrica del 3,31% e della spesa media mensile, per tutte le famiglie, di ben il 30,5%. Di poco inferiore la diminuzione percentuale degli esborsi per i soli nuclei che abbiano effettuato una spesa odontoiatrica: - 28,1 per cento. Le persone che nel solo 2011 hanno rinunciato alle cure odontoiatriche per problemi economici si aggirano intorno al 9% e mostrano un picco del 13% al Sud e nelle Isole e nella fascia d'età 35-59 anni. In confronto agli altri Paesi Ue, l'Italia è quello con la più alta percentuale di rinuncia alle prestazioni tra 2007 e 2012.

Va detto che oltre alla crisi incidono in Italia anche questioni culturali: a fronte di un 16% che adduceva l'impossibilità di pagare le cure, il 50% dei pazienti che non sono andati dal dentista negli ultimi 12 mesi ha motivato la "latitanza" dicendo di non avere gravi problemi. Gli italiani, per quanto sempre più vicini alla media europea per l'indicatore che fotografa la salute della bocca a 12 anni (Decayed missing or filled teeth), continuano a rivolgersi al dentista quando il

danno è ormai fatto, più che per fare prevenzione.

È inevitabile che l'effetto combinato di una crisi che morde ancora, di fattori culturali ancora di ostacolo e di un mercato sempre più caratterizzato dal low cost si rifletta sulle entrate della professione: il fatturato è sceso di 1,8 miliardi (da 6,7 a 4,9 mld tra 2007 e 2012). Secondo un sondaggio a campione realizzato da Andi, il 41% degli odontoiatri dichiara che il fatturato 2011 è stato inferiore a quello del 2010, mentre il 58,2% ha dichiarato un analogo calo tra 2012 e 2011, dipeso in larga parte dalla diminuzione delle tariffe. Ma i dentisti privati - che lavorano per 45 settimane l'anno, 5 giorni settimanali e poco più di 7 ore al giorno - continuano a riscuotere il consenso dei pazienti. Nove italiani su 10 hanno fiducia nel proprio dentista, tanto che il 96% si rivolge sempre allo stesso professionista. L'89% del campione, infine, preferisce odontoiatri che operano in uno studio privato.

Barbara Gobbi



EFFETTO CRISI SUI BIOMEDICALI

*****24 ORE**
Sanità

n. 37 del 15 ottobre 2013

In tre anni 216 imprese in meno - Le esportazioni tirano la volata

Negli ultimi due anni, per colpa della crisi, hanno chiuso i battenti 216 imprese del settore biomedicale, 84 tra il 2010 e il 2011 e 132 lo scorso anno. E anche se cresce nel 2012 del 6,6% la produzione dei biomedicali, spinta soprattutto dalle esportazioni, crolla il mercato interno del 4% passando da 8,546 miliardi del 2011 a 8,204 (di cui il 73% per il Ssn) per la contrazione della domanda. E le cose non sono migliorate negli anni: il mercato interno dei dispositivi medici tra il 2010 e il 2012 è negativo, a causa, in particolare, della contrazione della domanda pubblica, che si è tradotta in una costante discesa dei prezzi (-20% dal 2007 al 2012).

È questo lo spaccato del settore dei biomedicali che il presidente di Assobiomedica Stefano Rimondi ha presentato la scorsa settimana a Roma nell'assemblea dell'associazione su «Ricerca e innovazione in Sanità per la crescita del Paese. Opportunità di sviluppo dal settore dei dispositivi medici».

Anche sulla ricerca e innovazione le cose non sono brillanti. Il settore dei dispositivi medici per sua natura investe in R&I: i produttori risultano aver investito nel 2011 oltre il 7% del loro fatturato, in calo però rispetto al 2010. Sono gravi i segnali di difficoltà che emergono sotto questo aspetto. E le stime indicano investimenti in R&I pari a 635 milioni di euro nel 2010 e a 458 milioni nel 2011.

Il comparto. Il biomedicale è un comparto di 60.000 addetti e 3.037 imprese che operano nel settore dei dispositivi medici, quasi il 70% delle quali si concentra in cinque Regioni principali: Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Veneto e Toscana. E sono 1.118 le imprese di produzione con 7 miliardi di fatturato: si tratta di 924 imprese di produzione diretta e 194 imprese di produzione conto terzi a cui si attribuisce un fatturato complessivo pari a 890 milioni di euro. La maggior parte dei contoterzisti si occupa di produzione di componenti o semilavorati. Il 22% ha una struttura multinazionale, a esse fa capo il 49% del fatturato. Il 5% ha capitale estero, a esse fa capo il 13% del fatturato.

Nonostante la crisi, tuttavia, la produzione è cresciuta, grazie a un aumento delle esportazioni, passate dai 5,1 miliardi del 2010 ai 5,4 del 2011 e ai 5,9 del 2012, che ha portato la bilancia

commerciale vicina alla parità.

I fattori negativi. Ma nonostante i dati positivi sulla produzione, come ha illustrato Rimondi, la crisi non sta lasciando indenne il settore: 84 imprese chiuse tra 2010 e 2011, 132 quelle in chiusura nel 2012, per un totale di 216. «Già è stata discussa - ha detto Rimondi - ma è opportuno ricordare la caduta complessiva degli investimenti in ricerca e innovazione in Italia tra 2010 e 2011, stimata pari a -28%. Questo crollo negli investimenti si reputa legato a diversi fattori, quali la crisi economica generale; la stretta creditizia; la mancata normalizzazione dei tempi di pagamento delle forniture; la contrazione del mercato domestico; una fiscalità che non favorisce gli investimenti in ricerca e, sopra ogni altro fattore, politiche pubbliche di acquisto e di rimborso che non premiano l'innovazione. A questo riguardo - sottolinea il presidente di Assobiomedica - il public procurement ha in tutti i paesi un ruolo decisivo nel sostenere gli investimenti nei settori ad alta tecnologia».

L'effetto combinato di tutti questi fattori secondo il presidente di Assobiomedica «risulta amplificato dalle caratteristiche dei processi di innovazione tipici del settore, che si nutrono in gran parte di collaborazioni con soggetti esterni alle imprese. Anche la tendenza a concentrare gli investimenti e le collaborazioni è un ulteriore elemento che spiega la misura del loro calo in Italia. Ciononostante, negli ultimi anni in Italia si osserva un'accelerazione nel tasso di introduzione di nuovi dispositivi nel mercato: un aspetto positivo che rischia seriamente di essere di breve durata».

Ricerca e sviluppo. Il tasso medio di investimento in R&I in Italia nel 2011 da parte di produttori e multinazionali estere commerciali è risultato pari al 4,2% del fatturato; 7,5% se si considerano unicamente i produttori.

Gli investimenti delle imprese a capitale estero (commerciali e di produzione) rappresentano il 48% del totale. Gli investimenti in ricerca e sviluppo (R&S) rappresentano il 62% del totale, quelli in studi clinici il restante 38%, dei quali il 56% consiste in investimenti in studi clinici post-marketing.

Le start-up. La mappatura di Assobiomedica ha consentito di individuare 214 start-up con attività di interesse per il settore dei dispositivi medici. Quasi il 60% è concentrato in quattro Regioni:

Emilia-Romagna e Lombardia, seguite da Toscana e Piemonte.

Nel 67% dei casi si tratta di spin-off della ricerca pubblica; pochissimi invece gli spin-off aziendali (3%), anche se il restante 30% delle start-up comprende casi che possono considerarsi spin-off aziendali atipici, ovvero start-up nate da processi di outsourcing di attività di ricerca da parte di aziende consolidate. La maggior parte delle start-up censite non risulta in parchi scientifici e tecnologici o in altre strutture votate a promuovere l'innovazione; sotto questo profilo fanno eccezione le start-up di Toscana e Piemonte.

Il 31% delle start-up è stato creato da meno di 4 anni. L'età media complessiva è di poco superiore ai 5 anni. Si osserva come le più recenti start-up operino nei comparti biomedicale strumentale e servizi e software; quelle esistenti da più tempo sono concentrate nel comparto della diagnostica in vitro (Ivd).

I brevetti biomedicali. L'Italia conferma il proprio posizionamento non di primo piano nel settore: risulta il 13° brevettatore, il 12° esportatore e il 9° importatore. Un'eccezione è rappresentata dal comparto attrezzature tecniche, nel quale mantiene quote di mercato più significative.

Emergono, per contro, una buona diversificazione di prodotto e un'elevatissima diversificazione geografica delle esportazioni, con miglioramenti in importanti mercati come il Sud America.

I dati 2012 evidenziano una buona performance delle esportazioni (superiore alla media italiana) e un calo delle importazioni, con il dimezzamento del deficit commerciale italiano. La produzione ha recuperato la flessione del 2011 tornando sostanzialmente ai valori del 2010; il saldo della bilancia commerciale è migliorato, pur rimanendo - anche se di poco - negativo.

Paolo Del Bufalo





SANITÀ: NIENTE ALBI (PER ORA). MA TANTI RISPARMI IN CORSIA



Le professioni sanitarie hanno vissuto un'estate vivace e da ricordare: l'agognato riconoscimento dei nuovi Ordini professionali che sembrava a un passo, le feroci polemiche che sono seguite e la rinnovata lista d'attesa per l'approvazione del disegno di legge sull'istituzione dei nuovi Ordini. Adesso però è tempo di proposte e iniziative. Le professioni sanitarie hanno deciso di partire dai risparmi e dalle tecnologie. Il settore sanitario spende complessivamente 920 milioni di euro l'anno per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, soltanto l'1,4% del budget di spesa totale, una somma modesta se comparata alla media europea e ancora più irrilevante se confrontata ad una classifica mondiale che pone l'Italia al trentesimo posto.

La proposta

Secondo lo studio condotto dalle professioni sanitarie, un uso capillare e costante di soluzioni provenienti dal mondo dell'information technology nella sanità comporterebbe una minor spesa di circa 6,8 miliardi di euro l'anno. Basti pensare che con questi risparmi si eviterebbe di varare il temuto aumento dei ticket sulle prestazioni che dovrebbe garantire 5,3 miliardi.

Tre miliardi di euro si salverebbero grazie alla deospedalizzazione di pazienti cronici, che diventerebbe possibile grazie all'utilizzo di tecnologie a supporto dell'assistenza domiciliare. Basterebbe utilizzare la cartella clinica elettronica per evitare spese per oltre un miliardo di euro (senza considerare il risparmio che ne deriverebbe in termini di tempo). Altri 860 milioni andrebbero invece risparmiati grazie alla dematerializzazione dei referti e delle immagini (con meno spreco di carta).

La consegna dei referti via web permetterebbe economie per 370 milioni di euro, senza contare che il processo di riorganizzazione dei compiti professionali che vedrebbe inevitabilmente una migliore qualità prestazionale a vantaggio del cittadino malato.

Il progetto

Una serie di proposte che potrebbero sembrare irrealizzabili ma che, a parere del Conaps (Coordinamento delle professioni sanitarie) è assolutamente alla portata. «Negli ultimi anni il sistema italiano ha subito cambiamenti significativi che riguardano non solo le professioni mediche ma anche le professioni sanitarie — spiega **Antonio Bortone**, presidente Conaps. Una tendenza co-

stante è l'accorciamento della lunghezza del soggiorno ospedaliero, sia in fase acuta che nelle unità riabilitative. Una singola piattaforma integrata potrebbe soddisfare i bisogni di una fetta della popolazione molto più ampia. Permetterebbe ai diversi professionisti della riabilitazione di erogare a distanza trattamenti diversificati da un'unica postazione remota». Insomma un trattamento domiciliare intensivo, svolto da professionisti del settore.

«In questo modo sarebbe possibile garantire il percorso riabilitativo assicurando un trattamento che sostenga la continuità assistenziale del paziente dimesso a casa precocemente — continua Bortone. Per colmare il forte divario tecnologico rispetto all'Europa bisogna investire sulle future generazioni di professionisti sanitari attraverso una formazione ed un utilizzo dell'information e communication technology come unica via possibile nella raccolta, gestione e condivisione dei dati clinici. Auspicabile sarebbe partire da progetti interni ai corsi di laurea per studiare l'impatto ed i risultati in ambito di miglioramento delle prestazioni cliniche, delle conoscenze e del network».

Isidoro Trovato



ALBI SPECIALI DA COSTITUIRE PER LE NUOVE SOCIETÀ



Le società tra professionisti sono diventate operative: dal 2/4/2013 è infatti possibile costituirne una, seguendo le regole dettate dal decreto ministeriale n. 34 dell'8 febbraio. In questa prima fase gli Ordini professionali sono chiamati ad adeguarsi: i primi a farlo sono stati, ieri, i consulenti del lavoro. Il Consiglio nazionale dell'Ordine dei consulenti ha emanato la circolare n. 1092 con cui si forniscono le istruzioni per la costituzione delle StP.

La circolare riporta le istruzioni già previste dal decreto ministeriale: si sottolinea, infatti, che le società multidisciplinari dovranno essere iscritte nel registro dell'Ordine relativo all'attività individuata come «prevalente» nello statuto o nell'atto costitutivo. «In assenza di specifica indicazione circa l'attività prevalente - si spiega nella circolare -, andranno iscritte in ogni Ordine o collegio corrispondente alle varie attività professionali esercitate».

Per prima cosa, gli Ordini devono istituire l'Albo speciale delle StP, nel quale dovranno essere registrate tutte le società, con l'indicazione della ragione o denominazione sociale, dell'oggetto professionale unico o prevalente, della sede legale, del nominativo del legale rappresentante, dei nomi dei soci iscritti, e degli eventuali soci iscritti presso albi o elenchi di altre professioni.

L'iscrizione all'Albo speciale avrà un costo stabilito dall'Ordine: per i consulenti i Consigli provinciali, attraverso l'allegato 2 alla circolare di ieri, dovranno fissare la quota annuale di iscrizione all'albo della StP, «che sarà pari alla quota prevista per l'iscrizione individuale delle persone fisiche, anche nella ripartizione fra la parte destinata al Consiglio provinciale e quella destinata al Consiglio nazionale, che attualmente è stabilita in 190 euro». Una volta costituita la società presso un notaio, i soci devono presentare la richiesta al Consiglio provinciale, che avrà 60 giorni per

convalidare l'iscrizione della StP nella sezione dell'Albo speciale. Prima della convalida, però, l'Ordine dovrà verificare il rispetto dei requisiti imposti dal decreto (tra cui, in particolare, il rapporto dei 2/3 tra soci professionisti e soci di capitale). L'elenco completo dei controlli che il Consiglio provinciale dell'Ordine deve effettuare è messo nero su bianco nella checklist per la procedura di iscrizione (allegato 4).

Nella circolare il Consiglio nazionale dei consulenti del lavoro specifica anche che «sia il socio professionista, che la StP, sono soggetti alle norme deontologiche e disciplinari dell'ordine al quale risultino iscritti. Per un corretto monitoraggio dell'attività esercitata sotto forma societaria, è fatto obbligo al consulente del lavoro comunicare al proprio ordine di appartenenza eventuali partecipazioni in StP iscritte presso altri Ordini o collegi».

Francesca Milano



ORDINI SANITARI AL PALO

ItaliaOggi
Sette

La regolamentazione delle professioni sanitarie finisce di nuovo nel dimenticatoio: E chi confidava che il cosiddetto disegno di legge omnibus (disposizioni in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di riordino delle professioni sanitarie e formazione medico specialistica, di sicurezza alimentare, di benessere animale, nonché disposizioni per la promozione di corretti stili di vita), voluto dal ministro della salute Beatrice Lorenzin che contiene un apposito passaggio in materia, avrebbe finalmente portato a compimento un iter legislativo avviato dal 2006, si sbagliava.

Di quel testo, approvato al consiglio dei ministri lo scorso 26 luglio, infatti, in parlamento non vi è traccia tanto che nel frattempo in commissione igiene e sanità del Senato erano calendarizzati quattro disegni di legge in materia che puntano allo stesso principio: riformare le professioni sanitarie. È lo stesso ddl del resto ad affrontare in un testo complessivo e unitario tutte le professioni

sanitarie, ma soprattutto a istituire gli albi per le 17 professioni attualmente sprovviste di tutela ordinistica, che saranno tenute dal nuovo Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (comprendendo in quest'ordine anche l'albo degli assistenti sanitari). La legge avrebbe dovuto garantire una regolamentazione agli oltre 600 mila professionisti della salute non inquadrati in un ordine. Si tratta di professioni affini ma regolamentate fino ad ora in modo diverso: gli infermieri, le ostetriche e i tecnici sanitari di radiologia medica, già aggregate in collegi provinciali e federazioni nazionali, le altre costituite in associazioni. Per le prime, quindi, si è trattato di trasformare i collegi in ordini, per le seconde, di dargli una rappresentanza istituzionale attualmente inesistente. Una regolamentazione attesa dal 2006, quando l'allora governo Berlusconi approvò la legge 43 che delegava l'esecutivo a istituire ordini e albi per le

professioni sanitarie. Ma la delega non fu mai portata a compimento, nonostante, come ha spiegato Angelo Mastrillo esperto dell'Osservatorio professioni sanitarie del ministero dell'università, "negli ultimi anni il tema sia stato trattato in maniera condivisa tra camera e senato".

Una condivisione che prosegue visto che i quattro provvedimenti legislativi portano la firma di esponenti del Pd e del Pdl (Bianconi, D'Ambrosio, Lettieri, Silvestro, Bianco) e visto che alla ripresa dei lavori parlamentari dopo l'estate Emilia Grazia De Biasi (Pd), presidente della XII commissione sanità del senato, dichiarò che "a meno di un'ora corsia preferenziale per esaminarlo, il ddl Lorenzin dovrebbe essere riassetato, incorporando proprio quella parte degli ordini professionali dove la nostra commissione ha già lavorato arrivando quasi alla definizione di un testo unico frutto della collaborazione bipartisan".

Benedetta Pacelli



PRONTE LE SOCIETÀ PROFESSIONALI

Il Sole
24 ORE

Ci sono voluti più di 16 anni per definire la disciplina sulle società tra professionisti. Il 28/3/13 la Corte dei conti ha registrato il decreto ministeriale che regola le società per l'esercizio delle attività professionali governate attraverso gli Ordini, così come previsto dall'articolo 10 della legge 183/2011. A questo punto, i professionisti potranno organizzarsi in società, di persone o di capitali, anche in compagini multidisciplinari.

Per arrivare al risultato, semplificando, ci sono volute almeno tre leggi a valenza generale e almeno una di settore. Tutto è iniziato con la legge 266/97, che ha abolito, per i professionisti, il divieto (con presupposto razziale) di costituire società. Allora, il tentativo di regolare la materia, da parte del Guardasigilli Giovanni Maria Flick e del ministro dell'Industria Pierluigi Bersani, naufragò di fronte al giudizio del Consiglio di Stato sull'inadeguatezza dello strumento legislativo, un decreto ministeriale, per una materia collegata al Codice civile. Quindi è stata la volta della legge 248/2006, che ha messo fine al divieto di fornire all'utenza servizi professionali di tipo interdisciplinare da parte di società di persone o associazioni tra professionisti. Per le professioni tecniche, la rifor-

ma degli appalti ha riconosciuto, oltre alle società di ingegneria, le società di persone tra professionisti.

Si è però dovuti arrivare alla legge 183/2011 per avere una disciplina valida per la generalità delle professioni regolamentate in Albi (tranne avvocati e notai), che possono utilizzare anche le società di capitali. La società, che prevede «l'esercizio in via esclusiva dell'attività professionale da parte dei soci», ammette professionisti iscritti agli Albi, anche in differenti sezioni, i cittadini Ue «purché in possesso del titolo di studio abilitante», non professionisti «soltanto per prestazioni tecniche o per finalità di investimento».

Il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei professionisti, per legge, «deve essere tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci». Questa limitazione non vale per le società di ingegneria, che continuano a essere disciplinate dal decreto legislativo 163/2006.

La società tra professionisti deve mettere il cliente nelle condizioni di affidare l'incarico conferito alla società a uno o più professionisti scelti da lui e deve comunicare eventuali situazioni di conflitto di interesse. In nome della traspa-

renza, la società deve consegnare al cliente l'elenco dei soci professionisti, con la specificazione dei titoli e delle qualifiche, e l'elenco dei soci di capitale. Il socio per finalità di investimento, potrà partecipare alla società professionale solo quando possieda i requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'Albo. Non deve aver riportato condanne definitive che comportino una pena di almeno due anni di reclusione per un reato non colposo e non deve essere stato cancellato dall'Albo professionale per motivi disciplinari.

La società tra professionisti è iscritta in una sezione ad hoc del Registro imprese e in un elenco speciale dell'Albo di appartenenza dei soci professionisti. Nel caso di compagini multidisciplinari fa fede l'attività prevalente individuata nello statuto o nell'atto costitutivo.

«Siamo felici per il passo avanti - commenta Leopoldo Freyrie, presidente del Consiglio nazionale degli architetti -. Finalmente potremo promuovere l'aggregazione degli studi, così da perseguire economie di scala e concorrere agli incentivi promossi dalla legislazione europea».

Maria Carla De Cesari



L'APPROFONDIMENTO

CHINESIOLOGI, NATUROPATI, OSTEOPATI: FACCIA A FACCIA COI REQUISITI DELL'UNI

Per oltre 300 tra chinesiologi, osteopati e naturopati attivi in Italia è già scattata l'era Uni. Ovvero si sono già dotati della certificazione che li accredita sul mercato da un punto di vista qualitativo secondo regole note e condivise. A dettarle è stato l'Uni, l'Ente nazionale italiano di unificazione, associazione privata senza scopo di lucro che svolge attività normativa in tutti i settori industriali, commerciali e del terziario - funzione riconosciuta sia dall'Ue che dallo Stato italiano - definendo chi sono e cosa fanno i professionisti e assicurando così uno standard di qualità permanente, che può anche portare - su base volontaria - alla certificazione del professionista.

Quelle citate sono state le prime tre professioni "senza albo" dell'area sanitaria a essere coinvolte dal processo avviato col varo della legge sulle professioni non organizzate (L. 4/2013) in vigore da febbraio, una legge attesa da una platea imprecisata di professionisti (fino a 3 milioni, secondo alcune stime) che operano sul mercato in un regime di piena concorrenza, senza garanzie di sorta. Così come sono stati finora peraltro privi di garanzie i rispettivi clienti. La legge ha rappresentato la risposta italiana all'appello contenuto nella direttiva Ue sui servizi (123/2006) che esortava in particolare gli Stati membri ad adottare misure che facilitassero il riconoscimento della qualità dei prestatori.

In Italia esistono oltre 240 associazioni di professionisti che non hanno un ordine o un albo e che fanno capo a due macro-associazioni, Cna Assoprofessioni e Colap.

In alcuni casi si tratta di professioni molto diffuse come i tributaristi (oltre 5 mila), gli interpreti e traduttori, i grafologi, i naturopati (oltre 10mila effettivi), i periti assicurativi (circa 7mila) e i chinesiologi, gli osteopati, i comunicatori, i nutrizionisti, i bibliotecari, i patrocinatori stragiudiziali, gli archeologi, gli investigatori privati, i doppiatori, gli statistici, gli informatici, i fotografi/comunicatori visivi, i bioingegneri, i chiropratici (circa 500) e così via.

Alcune professioni avevano già deciso autonomamente di rivolgersi all'Uni per la definizione di una norma tecnica specialistica diversi anni prima della riform-

ma: saldatori, professionisti della security aziendale, istruttori subacquei, manutentori, addetti agli impianti di refrigerazione e pompe di calore, pianificatori finanziario-economico-patrimoniali personali dispongono già da alcuni anni del quadro di riferimento Uni che ne definisce il profilo e ne consente la certificazione.

La finestra sul mondo della salute è stata invece aperta solo di recente: i primi a tagliare il traguardo sono stati i chinesiologi, con la norma Uni 11475, ratificata ed entrata a far parte del corpo normativo italiano il 14 febbraio. Li hanno seguiti a ruota naturopati e osteopati, con le norme Uni 11491 e 11492, ratificate il 6 giugno.

L'iter dell'autoregolamentazione volontaria affida alla commissione Uni il compito di riunire tutti i diretti interessati alla specifica professione (i professionisti, i clienti, i fornitori, eventuali autorità pubbliche interessate) per l'elaborazione e la condivisione di un testo che defi-

nisce gli aspetti più rilevanti della singola professione. Il testo così prodotto viene poi sottoposto con "inchiesta pubblica" a tutti gli stakeholders, che hanno un periodo di tempo utile per formulare le proprie osservazioni. Una volta varata, la norma Uni rappresenterà un testo di autoregolamentazione non obbligatorio ma ufficialmente riconosciuto, al quale tutti i professionisti possono far riferimento per dare contenuti di certezza e qualità alla propria prestazione professionale, per differenziare il proprio posizionamento competitivo sul mercato e sulla base della quale chiedere di essere certificati da un organismo indipendente: in Italia ne esistono 22 che operando sotto accreditamento Accredia - l'unico ente nazionale di accreditamento designato dallo Stato - hanno certificato finora oltre 80mila professionisti dei più diversi settori.

Altri arriveranno presto alla meta. E tra le professioni sanitarie non regolamen-

Requisiti dei chinesiologi

Generalità. Sono figure professionali che operano nell'ambito del movimento umano razionale attivo comunque finalizzato al miglioramento del benessere psicofisico della persona, anche in condizione di disabilità, e/o all'ottenimento di un'adeguata preparazione atletica e sportiva. Per poter assolvere ai compiti caratterizzanti l'attività del chinesiologo si deve possedere almeno la laurea in Scienze motorie o il Diploma Isef (o i requisiti del livello 6 dello Efq)

Compiti principali

1. Progettazione e realizzazione di programmi motori. Riguarda i programmi finalizzati al raggiungimento, miglioramento e recupero del miglior stato di benessere psicofisico della persona attraverso il movimento umano attivo razionale, comunque finalizzato, anche in condizione di disabilità e nelle differenti specificità di genere, età e condizione fisica

2. Conduzione delle lezioni pratiche di attività motoria. Riguarda lezioni pratiche svolte in ambiente idoneo a corpo libero, con piccoli e grandi attrezzi codificati e non codificati, finalizzate al benessere e/o alla preparazione atletico-sportiva

Compiti secondari. Conduzione di lezioni teorico-pratiche di attività motoria volte alla formazione e/o all'aggiornamento

Conoscenze. Conoscenze avanzate in un ambito di lavoro o di studio che presuppongono una comprensione critica di teorie e principi

Abilità. Abilità avanzate che dimostrino padronanza e innovazione necessarie a risolvere problemi complessi e imprevedibili in un ambito specializzato di lavoro o di studio

Competenze. Gestire attività o progetti tecnico-professionali complessi assumendo la responsabilità di decisioni in contesti di lavoro o di studio imprevedibili; assumere la responsabilità di gestire lo sviluppo professionale di persone e gruppi

Metodi di valutazione. Curriculum vitae; esame scritto con domande aperte e chiuse; esame scritto su casi di studio; esame orale; simulazioni di situazioni reali operative (role play); osservazione diretta durante l'attività lavorativa del candidato

SEGUE L'APPROFONDIMENTO

24 ORE
Sanità

n. 41 del 12 /11/2013

tate le prime a tagliare il traguardo dopo chinesologi, osteopati e naturopati dovrebbero essere i clinical monitor - attivi nel campo del monitoraggio delle sperimentazioni cliniche dei medicinali - e gli esperti di arteterapie, figure per le quali due cantieri Uni sono già in funzione.

Sara Todaro

OSTEOPATI

«L'osteopata si occupa di problematiche algico-disfunzionali e interviene con trattamento manuale indirizzato a ripristinare le funzioni fisiologiche nei vari sistemi dell'organismo. È in grado di fare una diagnosi differenziale e di indirizzare l'utente ad altro specialista qualora fosse necessario».

A presentare il profilo dell'osteopata è Paola **Sciomachen**, vice presidente del Roi (Registro osteopati d'Italia), l'associazione principale del settore, con oltre 1.700 iscritti: «Abbiamo fortemente voluto la norma Uni, per garantire prima di tutto l'utente, ma anche il professionista. Finalmente sono stabilite nero su bianco competenze, conoscenze e abilità», spiega.

Anche nel caso degli osteopati risulta ancora problematico individuare i numeri esatti della professione: secondo stime prudenti ce ne sono almeno 3.500 in attività, mentre gli osteopati già certificati sono un centinaio.

Dal punto di vista organizzativo, le scuole di formazione - nate col boom italiano degli osteopati, negli anni '80 - sono un punto di forza: il corso di formazione previsto anche dalla norma è articolato in 300 crediti formativi (come con il diploma universitario), chi invece ha la laurea triennale in medicina si vede riconosciuti 120 crediti.

«Il sistema è conforme all'Eqf, il quadro europeo che permette di confrontare le qualifiche professionali in ambito Ue - sottolinea la Sciomachen - le scuole del Roi hanno un percorso formativo allineato con quanto previsto dalla norma. Noi siamo soddisfatti per aver avuto una forma di inquadramento resasi ormai necessaria per il proliferare di scuole e per stimolare il professionista su percorsi di qualità, vista la diffusione che l'osteopatia ha avuto in Italia in questi anni. Il nostro sogno resta comunque quello di poter essere un giorno riconosciuti tra le professioni sanitarie».

Requisiti degli osteopati

Generalità. Sono figure professionali che riconoscono la disfunzione somatica della persona e la risolvono attraverso un trattamento manuale. La figura professionale destinataria della norma fa riferimento alle linee guida tracciate dall'Oms e alle indicazioni definite dai documenti europei e nazionali pertinenti (Forum for Osteopathic Regulation in Europe - European Framework for Standards of Osteopathic Education and Training - Efoet)

Compiti.

- individuare attraverso test osteopatici la disfunzione somatica; praticare l'esame obiettivo osteopatico;
- arrivare a una diagnosi osteopatica utilizzando i 5 modelli principali relativi alla relazione struttura-funzione per contestualizzare l'interpretazione della disfunzione somatica rilevata sulla persona;
- indirizzare la persona verso opportune figure sanitarie qualora le sue condizioni cliniche esulassero dalle competenze osteopatiche ovvero informare la persona sul trattamento che le verrà somministrato, per il quale l'osteopata potrà utilizzare tecniche comprese tra le varie tipologie di trattamento codificate ed elencate nel glossario dell'American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (Aacom);
- effettuare sulla persona un trattamento osteopatico tramite tecniche manuali finalizzate al miglioramento delle funzioni fisiologiche e dell'omeostasi, alterate dalla funzione somatica

Conoscenze richieste. Si collocano in parte al livello 6 e in parte al livello 7 dello Eqf e prevedono: etica e deontologia professionale; biomeccanica del corpo umano e relazione tra i sistemi articolare, muscolare, fasciale e cranico; modelli osteopatici di struttura e funzione; Fisiologia umana e relazione tra i sistemi neurologici, fisici, biochimici e vascolari che regolano il funzionamento dello stato di salute nell'uomo; interpretazione di referti di diagnostica per immagini e test di laboratorio; anatomia umana ed elementi di fisiopatologia; indicazioni, controindicazioni e limiti del trattamento osteopatico; metodologie di comunicazione; meccanismi di azione delle tecniche osteopatiche; filosofia osteopatica

Metodi di valutazione. (v. chinesologi)

Requisiti dei naturopati

Generalità. Compito del naturopata è contribuire al miglioramento della qualità della vita delle persone, contribuendo a mantenere e/o ristabilire il loro stato di salute globale e considerando l'individuo come entità indivisibile sul piano fisico, energetico, psicoemotivo e spirituale. Il naturopata si avvale di tecniche specifiche per coadiuvare i processi fisiologici naturali, stimolare la forza vitale e assecondare la spontanea capacità dell'organismo di autoregolarsi per raggiungere l'omeostasi. Il naturopata si adopera inoltre per favorire le capacità della persona di ripristinare il suo equilibrio sistemico.

Per svolgere i propri compiti il naturopata opera in autonomia e indipendenza professionale e può collaborare in modo sinergico con le figure sanitarie e gli operatori della salute, fornendo consulenze al cliente e assumendo un ruolo di primaria importanza nell'integrazione con eventuali altri approcci.

Il naturopata utilizza tecniche e discipline naturali ed energetiche, consiglia rimedi salutistici, propone cambiamenti favorevoli di stile di vita, alimentazione e relazioni con l'ambiente circostante, pratica trattamenti manuali e/o con supporti bioelettronici e specifici, che stimolano le capacità reattive della persona.

Ambiti di intervento. Riguardano le aree non mediche. Non rientrano nel campo d'intervento del naturopata né la diagnosi e cura di patologie, né la prognosi, né la prescrizione di medicinali a scopo terapeutico.

Aree di apprendimento. Le conoscenze scientifiche di base del naturopata possono riguardare fisica, chimica, biochimica, biologia, anatomia, fisiologia farmacodinamica dei principi attivi naturali, psicologia generale, antropologia.

Tra le conoscenze caratterizzanti il profilo figurano tra le altre: iridologia, kinesiologia, aromaterapia, fitocomplementi e gemmoderivati, rimedi floreali, riflessologia fisionomica, neuropatia di risonanza, morfopsicologia. Tra le conoscenze integrative-complementari, infine, sono contemplati anche il primo soccorso, la legislazione, la deontologia, la bioetica e il management naturopatico.

Conoscenze. I requisiti che definiscono l'adeguata qualifica professionale del naturopata sono le competenze e le abilità acquisite nei corsi di formazione e di tirocinio sommate alla pratica effettiva con le persone.

Metodi di valutazione. (v. chinesologi)



PODOLOGIA. CHIUSO A ROMA IL CONGRESSO MONDIALE. SETTE ANZIANI SU DIECI HANNO PROBLEMI AI PIEDI

Esperti da 30 Paesi si sono confrontati sulle innovazioni tecniche e sul ruolo della podologia nei sistemi sanitari. L'invecchiamento della popolazione e altri fattori, come l'aumento del diabete, renderanno sempre più importante il ruolo della podologia.

Circa 1200 congressisti provenienti da più di 30 Paesi; 8 sedute plenarie per discutere i più importanti temi all'ordine del giorno; 30 workshop tenuti dai più noti specialisti della materia; 28 poster raffiguranti le più gravi patologie podaliche; 55 espositori con le più recenti innovazioni farmacologiche e tecniche. Queste le cifre del World Congress of Podiatry organizzato dalla FIP (Federazione Internazionale Podologi e Podoiatri) e dall'AIP (Associazione Italiana Podologi), che si è concluso a Roma lo scorso 19 ottobre dopo tre giorni di intenso lavoro. Si è trattato di un evento di straordinario rilievo che ha costituito una svolta nella crescita della Podologia Mondiale in termini di ricerca, studio e formazione.

La scelta di tenerlo in Italia ed in particolare a Roma costituisce un'importante testimonianza dello sviluppo attuale della Podologia italiana. Ma l'interesse del Congresso deriva proprio dall'opportunità che offre di capire che cosa avviene negli altri Paesi, quali siano le più importanti novità nel campo della diagnosi, della prevenzione, della cura e della riabilitazione, quale ruolo rivesta

la Podologia nei sistemi sanitari degli altri Paesi. E' sempre più frequente, infatti, la necessità di cure podologiche a causa dell'aumento dell'età (il 70% degli anziani soffre di patologie podaliche), dell'aumento della malattia diabetica e quindi della complicità del piede diabetico, delle trasformazioni sociali e quindi delle mutate abitudini (si pensi al gioco del calcio praticato dai bambini, a quanti soggetti praticano lo jogging e a quante signore seguano la moda, dando la massima importanza all'altezza dei tacchi). Quindi, proprio da questa considerazione balza evidente l'interesse per una specialità che va sempre più sviluppandosi in Italia.

Nel corso della cerimonia di apertura hanno portato il loro saluto **Joseph Caporusso** Presidente della FIP e **Mauro Montesi** Presidente dell'AIP. Ai saluti ha fatto seguito un'interessante relazione di **Vincenzo Ziparo**, Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia della "Sapienza", che, in qualità di speaker ufficiale dell'Italia, si è soffermato sui problemi connessi alla formazione universitaria dei Podologi.

«La forte identificazione con la professione - ha sottolineato nel suo intervento **Mauro Montesi** - in qualche caso purtroppo si accompagna a una marcata percezione di insufficiente riconoscimento». Così il Presidente dell'AIP ha voluto richiamare, in un contesto Internazionale, la mancanza, sentita in alcuni

Paesi tra i quali l'Italia, di una cultura che riconosca e rinforzi il ruolo del Podologo nei sistemi sanitari.

I temi trattati, dal piede dello sportivo al piede artritico, dalla dermatologia podalica al piede geriatrico, dalla prevenzione e cura del piede diabetico all'utilizzo del laser nelle patologie podaliche, dalla biopsia cutanea alla medicina preventiva - per citarne solo alcuni - testimoniano il rilievo che ha assunto l'evento, non solo in termini di ricerca podologica, ma anche nell'interesse di chi deve ricorrere all'assistenza del Podologo.

Un segnale importante sui progressi, unanimemente riconosciuti, della Podologia Italiana è venuto dalla relazione di Montesi sul nuovo sistema informatico, denominato Podium, che l'AIP ha inviato ai podologi associati. «In un momento in cui si parla tanto della necessità di una maggiore diffusione in Italia della digital technology» ha sottolineato il Presidente Montesi «l'AIP non è stata a pensarci sopra e ha realizzato uno strumento fondamentale per la gestione dello studio e per la compilazione della cartella clinica di ciascun paziente, ma anche per comunicare con le altre professioni sanitarie e in particolare con i Medici di Medicina Generale, nonché per fornire alle Istituzioni Sanitarie informazioni statistiche di fondamentale importanza».

Quotidianosanita.it



PER UN ANZIANO SU TRE GLI OCCHIALINI LOW-COST SONO INADATTI

Secondo uno studio apparso su Optometry and Vision Science, rivista ufficiale dell'American Academy of Optometry, l'anisometropia, condizione in cui i due occhi hanno diversa capacità visiva, è molto frequente negli adulti anziani. «Non corretto, il disturbo rischia di portare ad anomalie della visione binoculare che a loro volta aumentano il rischio di cadute» dice **Gunilla Haegerstrom-Portnoy**, oculista dell'Università di Berkeley, in California. Già studi precedenti suggerivano che l'anisometropia aumenta con l'invecchiamento, senza però fornire informazioni su come la differenza di visione evolve nel tempo, o su quali siano i difetti di rifrazione coinvolti. Dice Haegerstrom-Portnoy: «La prevalenza di anisometropia nei bambini è

del 2-4%. Ma, qualunque sia la causa, il disturbo è almeno dieci volte più comune negli ultrasessantacinquenni». I ricercatori hanno analizzato i risultati delle visite oculistiche in 118 anziani seguiti per 12 anni, focalizzandosi sulla diagnosi e sull'evoluzione temporale di anisometropia, definita come una differenza tra i due occhi di una o più diottrie. E, avvicinandosi agli 80 anni, il 32% dei partecipanti è diventato anisometropo, spesso a causa di un'ipermetropia o per un differente grado di offuscamento del cristallino senza peraltro arrivare alla franca cataratta. «Nelle persone anziane la mancata correzione della differenza visiva tra i due occhi può aumentare le probabilità di cadute, che a loro volta, com'è noto, hanno un grave impatto

sulla loro salute e, talvolta, sull'aspettativa di vita» commenta **Anthony Adams**, editor della rivista, in un editoriale di accompagnamento. Secondo le attuali linee guida dell'American Academy of Optometry, le persone oltre i 65 anni sono un gruppo a rischio per i quali un esame visivo di screening è raccomandato almeno ogni due anni. Aggiunge **Adams**: «Ma ciò che desta preoccupazione è il frequente uso tra gli anziani di occhiali da lettura comprati nei supermercati o cartolerie. Lenti a buon mercato fatte per essere generiche, con identica messa a fuoco o ingrandimento: non sono certo la soluzione ideale per il 30% degli over-75 che hanno diversi indici di rifrazione nei due occhi».

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO



ASSENZA PER MALATTIA DIPENDENTE È DATO SENSIBILE

Il fatto

Un dipendente comunale ha citato in giudizio il Comune per ottenere la cancellazione dei dati personali sensibili e giudiziari pubblicati sull'Albo Pretorio, nonché per il risarcimento del danno dovuto a seguito della violazione della normativa sulla privacy. In primo grado, il Tribunale ha ritenuto che fossero stati rispettati i principi di pertinenza e necessità richiesti dalla legge e che non fossero state diffuse informazioni sullo stato di salute e sui procedimenti giudiziari, essendo generica la dizione "assenza per malattia" e il termine "mobbing".

Profili giuridici

Gli enti locali, in quanto soggetti pubblici, possono trattare dati di carattere personale anche sensibile e giudiziario solo per svolgere le rispettive funzioni istituzionali. La pubblicazione e divulga-

zione di atti e documenti, comportando la conoscenza degli stessi da parte di un numero indeterminato di cittadini e l'interferenza nella sfera personale degli interessati, si può ritenere legittima solo se la diffusione è prevista da una norma di legge o di regolamento. Nel caso in esame, costituisce diffusione di un dato sensibile quella relativa all'assenza dal lavoro del dipendente per malattia, in quanto tale informazione, pur non facendo riferimento a specifiche patologie, è comunque suscettibile di rivelare lo stato di salute dell'interessato.

Avv. Ennio Grassini



Cassazione Civile – (responsabilità del dentista: è rilevante l'accertamento del nesso causale)

Il fatto

Una paziente chiedeva il risarcimento dei danni derivati dal confezionamento e dalla allocazione di una protesi dentaria nell'arcata superiore cui erano seguiti dolori alla testa e difficoltà di pronuncia.

Il Tribunale di Taranto accoglieva in parte la domanda, ma all'esito del giudizio d'appello intentato dalla donna veniva esclusa la responsabilità del dentista.

La vicenda è stata portata al vaglio dalla Suprema Corte.

Profili di diritto

La Corte di Cassazione, confermando la sentenza di secondo grado ha osservato che in tema di responsabilità medica, in ambito civilistico, il nesso di causalità - la cui valutazione in sede civile è diversa da quella penale (ove vale il criterio dell'elevato grado di credibilità razionale che è prossimo alla "certezza") - consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio del "più probabile che non". Ma ciò significa che, ai fini dell'attribuzione della responsabilità del sanitario, occorre innanzitutto accertare, sul piano della causalità materiale, intesa come relazione tra la condotta e l'evento di danno, l'efficienza eziologica della condotta del sanitario rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 del codice penale a mente della quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione e l'omissione e l'evento, così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net



CONDANNA PER L'ASL CHE NEGA L'URGENZA IN STRUTTURE PRIVATE

È condannata l'Asl che non autorizza un intervento urgente in una struttura non convenzionata, anche se è fuori Regione, per un paziente che secondo i medici non può essere trasportato.

È questa la decisione del Consiglio di Stato Sez. III (sentenza 4571/2013) che ha bocciato la decisione del direttore generale dell'Asl di respingere la richiesta di un'assistita che nel corso della degenza successiva a una operazione di cataratta cui si era sottoposta in una casa di cura privata, ha manifestato disturbi anginosi gravi, non regrediti con le terapie farmacologiche mirate. La coronarografia, eseguita d'urgenza presso l'ospedale, aveva evidenziato un quadro molto compromesso tanto da profilarsi la necessità di un intervento di bypass urgente, che poteva essere eseguito presso la clinica, atteso l'alto rischio di trasporto in altro centro cardiologico.

La donna ha chiesto all'Asl l'autorizzazione a effettuare l'intervento cardiocirurgico di bypass aorto-coronarico presso la struttura non convenzionata con il Ssn, ottenendo dall'azienda il diniego, su conforme parere del competente Centro regionale di riferimen-

to.

Il Consiglio di Stato ha rilevato un difetto di istruttoria alla base del parere negativo del Centro regionale di riferimento, in quanto dalla valutazione della documentazione prodotta si desumeva che nella struttura sanitaria fuori Regione poteva essere operata con immediatezza, mentre il trasporto presso altro Centro veniva valutato ad alto rischio, configurando proprio il quadro di estrema urgenza che avrebbe giustificato il rilascio della autorizzazione al ricovero in una struttura sanitaria non convenzionata per imprescindibili esigenze di immediatezza della prestazione.

Dalla illegittimità del parere, obbligatorio e vincolante, deriva quella della deliberazione del direttore generale, il quale, senza esaminare la ulteriore documentazione presentata dalla richiedente, ha respinto il ricorso proposto dalla assistita.

24 ORE
Sanità

n. 37 del 15 /10/2013



COSTI STANDARD. FINALMENTE ABBIAMO CAPITO IL BLUFF.

Anche le Regioni sembrano averlo compreso. Nel documento della Toscana passato alla Conferenza dei Presidenti si intravede il cambiamento verso un sistema di indicatori che premi più la qualità che l'economicità in assoluto. Ma non basta. I costi standard vanno archiviati e si deve guardare finalmente agli esiti delle cure

Mauro Quattrone ci ha dato la possibilità di conoscere il parere autorevole di [Robert Kaplan](#), sui costi standard e sui drg (QS 11 novembre). La questione di fondo che Kaplan ha evidenziato è la necessità di inventare un metodo di rimborso per le prestazioni sanitarie che superi i Drg, consci del fatto che i metodi che premiano i "volumi dei trattamenti" e non i "risultati medici" prodotti, alla fine risultano inappropriati e quindi paradossalmente responsabili della crescita degli stessi costi sanitari che si vorrebbero governare. La critica non è estranea alle nostre esperienze del passato.

Ogni qual volta il rimborso andava a retribuire un volume il volume automaticamente si dilatava per accrescere le possibilità di rimborso accrescendone i costi. Mi limito a ricordare che in Italia alla base della crescita abnorme dei posti letto, vi è stata in passato una forma di retribuzione dei primari ospedalieri proporzionata al numero di posti letto. Una cosa analoga è avvenuta

quando i medici di famiglia erano pagati a notula.

Più recentemente con i costi standard ospedalieri abbiamo scoperto che in rapporto ai costi dei ricoveri essi crescono mediamente del 2% soprattutto a causa dei ricoveri ad alta complessità. Non diversa è la situazione dei Drg per i quali si registra una significativa differenza tra la tariffa riconosciuta dal Ssn e i reali costi sostenuti dall'ospedale. Il famoso problema, che io stesso avevo evidenziato parlando degli "scostamenti" fra valori standard e valori effettivi (QS 2 agosto).

Per evitare gli scostamenti alla fine gli operatori mettono in atto strategie che di fatto selezionano i drg più remunerativi, o ricorrono alla pratica dei ricoveri ripetuti. L'idea di Kaplan, e che personalmente cerco di perseguire da anni, è quella di una modellizzazione dei processi sanitari rapportati ad una metrica adeguata di valutazione degli "esiti" di degenza e post-degenza ma aggiungo io anche di produzione di salute in una comunità. Vorrei sottolineare il significato di fondo della proposta di Kaplan: la profittabilità finisce con il dipendere dai risultati e dagli esiti, per cui è conveniente accrescere non più i volumi ma i risultati.

Questo ragionamento non è diverso da quello che ispira le mie proposte anche recenti "sull'autore" (autonomia in

cambio di responsabilità sulla base di una verifica degli esiti), sulla distinzione tra "retribuzione" e "attribuzione", quindi sulla possibilità di definire un "salario di esito o di risultato" ecc.

Ciò detto e ringraziando Mauro Quattrone, considero interessante il [documento presentato](#) dalla Toscana e approvato dalla Conferenza dei Presidenti sui c.d. "costi standard". In esso si teorizza la possibilità di ottenere il "contenimento dei costi di produzione attraverso il miglioramento generale dei processi produttivi". Ho apprezzato la critica che ha legato la valutazione delle best practice in via prioritaria al criterio economico svalutando quello della qualità dei servizi erogati. Che in fin dei conti è tanto una critica al marginalismo che all'economicismo.

La proposta della Toscana quindi prova a percorrere un'altra strada e solo per questo bisognerebbe incoraggiarla. In questo tentativo essa è quasi costretta ad abbandonare di fatto la logica dei costi standard basata sul benchmark, prevedendo in alternativa un metodo che definisca "attribuzione di risorse" a "standard di qualità" per ciascun livello assistenziale.

Ma se è così, allora bisogna dire con chiarezza che la partita dei costi standard in sanità è impraticabile e fare il passo successivo cioè parlare chiaramente di "esiti". Se gli input sono le



SI ALLARGANO SEMPRE DI PIÙ LE MAGLIE PER I SOGGETTI CHE CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

Consiglio di Stato n. 4788-2013 del 26 settembre 2013

Ma è legittimo vietare l'apertura di una nuova struttura sanitaria sostenendo che il "fabbisogno è soddisfatto"?

Dopo il Consiglio di Stato 550/2013 e Consiglio di Stato 4574/2013 con questa terza sentenza il Consiglio di Stato ribadisce che il **diritto del privato** che vuole **fornire prestazioni sanitarie** a titolo privato non può essere condizionato a monte da «un apposito strumento pianificatore generale» della Regione, ma soltanto «da una valutazione dell'idoneità della nuova struttura a soddisfare il fabbisogno complessivo di assistenza».

Nel caso di specie la regione Sardegna aveva negato l'**apertura di una nuova struttura** sostenendo che il numero di

prestazioni erogate nel 1999 e nel 2000 risultavano superiori al parametro di 12 per abitante indicato in una delibera della Giunta come obiettivo tendenziale per il contenimento delle prestazioni convenzionate.

Secondo la regione poi era da considerarsi del tutto influente il parere favorevole del Comune interessato che sosteneva l'assenza sul territorio di strutture simili: secondo la regione la vicinanza con il capoluogo **vanificava la necessità di una nuova struttura**.

A fronte di un Tar Sardegna positivo nei confronti della regione, il **Consiglio di Stato capovolge il verdetto**.

Interessante l'interpretazione dell'art. 8 ter del Dlgs 502/1992.

Affermano infatti i giudici che la realizzazione di nuove strutture si è condizio-

nata alla verifica di compatibilità da parte della Regione, ma questa regola di principio non può risolversi, alla luce degli art. 32 e 41 della Costituzione, «in uno strumento oblatorio delle prerogative dei soggetti che intendano offrire, in regime privatistico (vale a dire senza rimborsi o sovvenzioni a carico della spesa pubblica, e con corrispettivi a carico unicamente degli utenti), mezzi e strumenti di diagnosi, di cura e di assistenza sul territorio».

Il Consiglio di Stato ribadisce quanto già espresso nella decisione di pochi giorni prima: «Una politica di contenimento dell'offerta sanitaria non può tradursi in una posizione di privilegio degli operatori del settore già presenti nel mercato, che possono incrementare la loro offerta a discapito dei nuovi entranti».

LA SOLUZIONE? FINANZIAMENTO IN BASE AGLI ESITI

risorse e gli output sono le definizioni intermedie di qualità, l'outcome deve essere l'esito. Se i costi standard sono pericolosi input, per superarli non basta passare agli output si deve spostare l'attenzione sugli outcome. Il rischio che dobbiamo evitare è quello di risolvere la vecchia questione del finanziamento razionalizzando le attuali forme di ponderazione con altre ponderazioni, che certamente sono meno peggio dei costi standard, ma che non cambiamo sostanzialmente lo stato delle cose.

Non credo che il tirare a campare aiuti il sistema sanitario pubblico. Da tempo propongo di passare dalla mera redistribuzione capitaria del fondo alle Regioni, ad una vera e propria politica di allocazione delle risorse orientata agli esiti e ai risultati. Faccio notare, seguendo il ragionamento di Kaplan, che la quota capitaria ponderata rientra nella logica dei volumi, come i costi standard e i drg.

Recentemente anche su questo giornale, ho proposto di uscire dalla contrapposizione "contro riformatori"/ "anti riformatori" lavorando ad una riforma della tutela intendendo per tutela "l'uso e il consumo" di prestazioni mediche. Ebbene ogni problema di allocazione prevede un elenco di risorse produttive disponibili in date quantità e un

criterio di scelta fra vari "modi di uso" delle risorse stesse. La scelta allocativa di risorse deve essere orientata al miglior risultato tanto di salute che di economicità. Quindi al miglior uso.

Il salto logico è notevole: non si tratta più di definire il minimo costo a prescindere dai risultati di salute come si vuole fare con i costi standard, ma di fare salute con un "uso" diverso delle risorse e quindi combattere la cronica anti economicità del sistema. L'allocazione comporta il massimo di risultato di una funzione di salute in più variabili del sistema dei servizi e ogni variabile misurerà un "certo uso" delle risorse quindi un "certo modo di fare tutela".

Le variabili su cui agire per ottenere risultati sono certo "l'uso delle organizzazioni", ma soprattutto sono "l'uso degli autori" rispetto a ben altre organizzazioni, cioè del lavoro e delle professioni, da retribuire per gli impegni che profondono in ragione dei risultati che raggiungono. I costi standard non sono per noi. La vera sfida è riformare l'idea di tutela e attraverso politiche allocative impegnare gli operatori nel miglior uso possibile delle loro competenze e delle loro abilità.

Ivan Cavicchi
Quotidianosanita.it

DISPOSITIVI MEDICI: NUOVI TERMINI PER CONCLUDERE LA REGISTRAZIONE IN BANCA DATI

Nella Sezione dispositivi medici del sistema NSIS del Ministero della Salute sono state pubblicate nuove indicazioni riguardo la registrazione dei fabbricanti di dispositivi medici di classe.

In particolare, il Ministero ha stabilito che a partire dal 1 settembre 2013 le prime notifiche dei dispositivi medici dovranno essere concluse, mediante l'apposizione della firma digitale da parte dell'azienda o del delegato per la registrazione, entro 30 gg. dal primo inserimento dei dati, che coincide con la creazione del numero progressivo attribuito dal sistema al dispositivo oggetto dell'iscrizione. Nel caso il termine non venga rispettato i dati immessi verranno cancellati automaticamente dal sistema.

Termine invece di 7 gg. per completare l'iter di modifica di un dispositivo già registrato e pubblicato (rimessa in lavorazione), pena la completa inefficacia delle modifiche inserite.

Verranno cancellati dal sistema anche i dispositivi medici la cui iscrizione è iniziata prima del 31/8/2013 e non venga conclusa entro il 30 settembre p.v. .

Lo studio è ovviamente a disposizione per ogni ulteriore informazione.

Avv. Edoardo Di Gioia-Studio Stefanelli



FEDERAZIONE TERMALISMO: "BENE L'OMS SULL'INCLUSIONE NELLA MEDICINA TRADIZIONALE"

Grande soddisfazione da parte del "mondo termale" per il documento World Health Organization Traditional Medicine Strategy 2014-2023 presentato a Macao (Cina) dall'Organizzazione Mondiale della Sanità lo scorso novembre e che ha riconosciuto in pieno il ruolo delle terapie termali nell'ambito delle medicine tradizionali e complementari. Una novità assoluta, resa possibile dai risultati degli studi realizzati dalla Federazione Mondiale delle Terme (Femtec) e dall'italiana Fondazione per la Ricerca Termale (FoRST) con la supervisione tecnica della OMS.

"In particolare, lo studio 'Hydroglobe', i cui risultati saranno presentati a Roma nel marzo 2014, ha messo in evidenza non solo la validità delle cure termali, basate su una solida realtà scientifica e di ricerca, e la loro diffusione mondiale, ma anche come questo tipo di terapia e

i relativi trattamenti rientrano in una visione più ampia del concetto di salute", spiega una nota della Femtec.

Il documento dell'Oms, in particolare, si concentra sul forte rilancio scientifico delle medicine tradizionali e complementari; sulla necessità di una seria organizzazione formativa degli operatori e di rigorosi controlli sulla qualità dei prodotti naturali affiancata da una corretta informazione dei pazienti/consumatori. "Per milioni di persone la medicina a base di erbe, i trattamenti e le competenze delle medicine tradizionali sono la risorsa principale dell'assistenza sanitaria e spesso l'unica fonte di questa assistenza", ha dichiarato il Direttore Generale dell'Oms **Margaret Chan** parlando delle Medicine tradizionali e non convenzionali (T&CM).

"Il documento - ha commentato **Umberto Solimene**, unico rappresentante

europeo a Macao, in qualità di Direttore del Centro Oms e di segretario generale della Femtec - da una parte indirizza il contributo della T&CM verso il concetto di salute, di benessere e di sanità incentrati sulla persona, dall'altro promuove la sicurezza e l'uso effettivo di questo approccio attraverso un'appropriata regolamentazione dei medicinali e delle figure professionali. La medicina termale, riconosciuta nelle sue radici come antica tradizione del mondo medico occidentale ed europeo, viene a svolgere un ruolo di primaria importanza".

Solimene conferma quanto sostiene l'Oms: "Tra i fattori del crescente favore dell'utilizzo di queste medicine sono da considerare la domanda crescente di una gamma completa di servizi sanitari, l'insoddisfazione dei servizi esistenti e il rinato l'interesse per la "cura della persona nella sua interezza". "Anche il risparmio economico", conclude il professore, "fa parte di questi fattori: ad esempio, nella cura dei dolori al collo, la terapia manuale permette di salvare circa un terzo dei costi rispetto alla fisioterapia e alla terapia generale".



RICERCA E RIABILITAZIONE. INAIL E IIT SVILUPPERANNO DISPOSITIVI A COSTI SOSTENIBILI

Firmato il 12/12/2013 a Roma un accordo di programma triennale tra il presidente dell'Inail, **Massimo De Felice**, e il presidente dell'Istituto italiano di tecnologia (IIT), **Gabriele Galateri**.

L'accordo è destinato ad avviare un'importante collaborazione scientifica per lo sviluppo di tecnologie robotiche nel campo della riabilitazione e per la loro futura industrializzazione e commercializzazione. In particolare, l'accordo, che consolida una collaborazione avviata nel 2011 con un progetto congiunto di ricerca e sviluppo di un sistema hi-tech per la fisioterapia post traumatica della caviglia, punta alla creazione di dispositivi da consegnare al mondo industriale e medico per essere fruiti a costi sostenibili da un maggior numero di persone.

“Uniamo le nostre forze per realizzare attività all'avanguardia in un ambito di ricerca di confine come la robotica”, ha commentato **Massimo De Felice**, presidente Inail. “Si tratta infatti di una collaborazione che sfrutta in modo molto appropriato le specificità dei due istituti: da una parte l'esperienza nel campo della ricerca protesica applicata maturata in tanti anni dall'Inail, con le attività svolte presso il Centro protesi di Vigorzo di Budrio, dall'altra l'alta capacità di ricerca tecnologica dell'IIT”. Per il presidente dell'Inail, “questa esperienza sarà utile sia nella messa a punto dei prototipi sia nell'educazione all'utilizzo di questi manufatti ad alta tecnologia. È importante, infatti, avere a disposizione gli strumenti teorici, ma è altrettanto importante avere l'esperienza didattica necessaria per trasferire a chi dovrà farne uso le abilità e le conoscenze per un utilizzo efficace”.

Sono due, in particolare, i progetti di elevato livello tecnologico e ad alto impatto sociale al centro dell'intesa tra Inail e IIT. Uno è dedicato allo sviluppo di un esoscheletro motorizzato per la deambulazione di soggetti paraplegici, cioè una struttura esterna in grado di potenziare le capacità fisiche di chi la indossa, che può avere innovative applicazioni in campo medico e nelle terapie riabilitative. L'altro è rivolto allo studio di un sistema protesico avanzato per amputati, composto da una mano robotica poliarticolata e da un polso.

Come sottolineato da **Gabriele Galateri**, presidente dell'IIT, “per l'IIT questa partnership rappresenta un passo molto importante per il raggiungimento

dell'obiettivo della sua missione, che consiste nell'eccellenza scientifica e nel trasferimento dei risultati della ricerca al nostro sistema industriale. La collaborazione con l'Inail è molto importante anche per le ricadute positive che ne deriveranno, che si possono valutare su tre piani”. Il primo, ha precisato il presidente dell'Istituto italiano di tecnologia, “è quello dei pazienti, che attraverso gli strumenti che saranno messi a punto saranno in grado di ritrovare una vita sociale piena. Il secondo è quello della collettività, perché questi dispositivi permetteranno di ridurre i costi dell'assistenza, migliorando la sostenibilità del welfare nazionale. E infine il piano del sistema industriale ed economico del Paese, perché con questo accordo puntiamo a raggiungere una leadership internazionale in un ambito specifico della robotica”.

L'accordo prevede un apporto di risorse da parte dei due istituti per un valore complessivo di 11,5 milioni di euro. Nello specifico, il valore del contributo di IIT, oltre agli investimenti effettuati nella ricerca della robotica umanoide negli ultimi tre anni, sarà relativo alle risorse umane dedicate, ai servizi connessi alla gestione della proprietà intellettuale e del trasferimento tecnologico, e all'allestimento delle infrastrutture e dei macchinari necessari a realizzare una struttura ad hoc per lo sviluppo dei dispositivi. L'Inail, invece, contribuirà alla realizzazione dei due progetti, che rientrano nel suo piano di ricerca, con un finanziamento e con il personale e le competenze scientifiche e cliniche maturate nei suoi centri protesi e riabilitazione.

“La nostra interazione con un istituto come l'IIT – ha spiegato il direttore generale dell'Inail, **Giuseppe Lucibello** – costituisce un passaggio fondamentale che esprime il nuovo ruolo della ricerca, che non può più vedere soggetti isolati, ma deve basarsi su sistemi a rete per mettere a disposizione del Paese strumenti che migliorino le condizioni di vita di tutti. Quello con l'IIT è il primo di una serie di accordi che a breve saranno raggiunti con altri importanti centri di ricerca e istituti, che consentiranno di coprire l'insieme delle nostre esigenze nel campo della riabilitazione e protesica”. Nella scelta dell'IIT come primo partner, ha aggiunto il direttore generale, “ci ha convinto la sua progettualità multidisciplinare, che mette in campo elementi di biomeccanica, mecatronica robotica e neuroscienze, con un'atten-

zione molto forte alla sensorizzazione e all'interazione uomo-macchina”.

Lucibello ha anche precisato che “con la rimodulazione dei programmi di ricerca del Centro Inail di Vigorzo di Budrio abbiamo previsto un investimento triennale complessivo di circa 12 milioni di euro, convinti che la vecchia programmazione non rispondesse più alla necessità di un ancoraggio alle più avanzate realtà tecnologiche”. Si tratta di “un cambio di rotta” che nasce dalla volontà di “non disperdere le risorse in mille iniziative, destinate ad avere scarsa efficacia per i nostri assistiti, privilegiando invece progetti che possono produrre risultati importanti sia per i pazienti sia per il sistema industriale e produttivo”.

Per **Simone Ungaro**, direttore generale dell'IIT, “quello promosso insieme all'Inail non è soltanto un progetto di collaborazione in termini scientifici, ma un'iniziativa di innovazione tecnologica che, come risultato finale, avrà due prodotti che dovranno essere utilizzati direttamente sui pazienti. L'idea di fondo è che queste tecnologie possano essere applicate anche in ambito industriale, fungendo quindi da impulso all'economia nel settore della riabilitazione. Questo aspetto rappresenta uno degli elementi fondanti dell'Istituto italiano di tecnologia: produrre scienza e conoscenza rendendole, però, immediatamente applicabili al mercato, con ricadute positive sul sistema produttivo”.

Quotidianosanita.it





PROFESSIONI IN CERCA DI POLIZZA

QUOTIDIANO
Sanità

n. 38 del 22 ottobre 2013

Risarcimento solo se c'è il dolo - Identificare soglie di punibilità penale

È iniziato il 16 ottobre in commissione Affari sociali della Camera l'esame del pacchetto normativo di riforma della responsabilità dei medici. I provvedimenti (due a firma di Benedetto Francesco Fucci del Pdl e l'altro di Raffaele Calabrò sempre del Pdl) contengono «Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario».

Il primo provvedimento (a.c. 259) illustrato dal presidente della Commissione, nonché relatore dei provvedimenti, Pierpaolo Vargiu (Scelta civica), si incarica di contenere il contenzioso giudiziario sulle prestazioni dei medici attraverso una delega al Governo che fissi l'obbligo della copertura assicurativa per ogni struttura che esercita attività chirurgica; l'identificazione di soglie di punibilità per la rilevanza penale; l'in-

roduzione obbligatoria di un sistema di valutazione del rischio clinico; l'apertura a forme di conciliazione obbligatoria e la previsione della possibilità di avviare un'azione diretta per il risarcimento dei danni nei confronti dell'assicuratore.

La seconda proposta di legge (la n. 262) punta innanzitutto a riformare la normativa vigente con la previsione del risarcimento danni a favore dei pazienti nel solo caso di dolo da parte del medico. Il provvedimento stabilisce poi la stipula di un contratto tra medico e paziente prima del ricovero che non comporti per il professionista l'obbligo di guarirlo ma quello di prestargli le cure appropriate e necessarie. Ci sono poi l'obbligo di stipula da parte di tutte le strutture sanitarie di una polizza assicurativa per responsabilità civile a vantaggio del personale medico e infermieristico, l'obbligo per l'assicuratore di tentare una conciliazione stragiudiziale in

caso di controversia, e quello per le Asl e le strutture ospedaliere di dotarsi di uffici legali in servizio permanente.

Infine la proposta Calabrò sancisce tra le altre cose il principio per cui la responsabilità civile per eventuali risarcimenti è a carico della struttura sanitaria che deve essere assicurata in via obbligatoria.

Tra l'altro la stipula di una polizza assicurativa, secondo la proposta, diventa requisito per l'accreditamento o per le convenzioni con il Servizio sanitario nazionale. Si disciplinano poi i contenuti della garanzia assicurativa per la responsabilità civile stabilendo per altro il ricorso obbligatorio alla conciliazione. Inoltre il termine di rivalsa per il risarcimento viene fissato a 5 anni e sono stabilite le procedure per l'istituzione dell'albo dei consulenti tecnici d'ufficio.



PROFESSIONI REGOLAMENTATE. COMMISSIONE UE: "ELIMINARE GLI OSTACOLI INGIUSTIFICATI"

Sarà avviata un'analisi delle normative nazionali che coinvolgerà anche le organizzazioni di professionisti. "Ok alle restrizioni per proteggere il consumatore, ma no a misure troppo restrittive che possono scoraggiare o addirittura dissuadere i giovani dall'entrare nel mercato del lavoro".

Migliorare l'accesso alle professioni, in particolare per mezzo di un ambiente normativo più adeguato e trasparente negli Stati membri. È questo l'obiettivo della Commissione Europea, che nei giorni scorsi ha adottato una comunicazione in cui si annuncia l'inizio di una valutazione delle normative nazionali che disciplinano l'accesso alle professioni regolamentate, cioè quelle professioni il cui accesso è subordinato al possesso di qualifiche specifiche o per le quali l'uso di uno specifico titolo è protetto, come ad esempio i farmacisti.

«Le restrizioni – spiega una nota della Commissione Ue – esistono per ottimi motivi, per esempio per proteggere il consumatore. Tuttavia condizioni di accesso troppo restrittive a talune professioni possono scoraggiare o addirittura dissuadere i giovani dall'entrare

nel mercato del lavoro. I diversi regimi normativi possono rendere difficile a professionisti qualificati la presentazione di candidature per impieghi in altri Stati membri».

Secondo la Commissione, migliorare l'accesso alle professioni permetterebbe anzitutto di agevolare la mobilità dei professionisti qualificati all'interno del mercato unico e la fornitura di servizi professionali transfrontalieri. Ma «potrebbe inoltre avere una ricaduta positiva sulla situazione occupazionale e sulla crescita economica, in particolare perché i soli servizi professionali rappresentano circa il 9% del Pil nell'Unione europea».

«Nonostante i nostri sforzi, la mobilità dei professionisti all'interno dell'Unione europea è bassa. Le condizioni di accesso a talune professioni possono essere complesse, onerose e spesso molto disparate fra i diversi Stati membri. Questo scoraggia i lavoratori dal cercare e trovare un impiego in altri Stati membri», ha commentato Michel Barnier, commissario per il Mercato interno e i servizi. «Sono convinto – ha proseguito – che la mappatura delle professioni re-

golamentate da parte degli Stati membri, seguita da una disamina e da una valutazione delle barriere all'accesso alle professioni, sarà un esercizio utile. Non si tratta di deregolamentare le professioni né di sanzionare gli Stati membri bensì piuttosto di garantire un migliore accesso ai servizi professionali rivedendo quali siano le strutture d'ingresso che promuovono meglio un sistema semplificato, adeguato, sicuro e trasparente».

Il processo avviato, tra le altre cose, invita gli Stati membri a condurre nei prossimi due anni una valutazione reciproca delle rispettive barriere in essere che limitano l'accesso ad alcune professioni. «Durante questo esercizio saranno pienamente coinvolte le parti interessate, in particolare quelle che rappresentano i professionisti», assicura la Commissione Ue, spiegando che «questo consentirà anche un dialogo fra gli Stati membri che si avvalgono di approcci diversi per esaminare l'impatto di tutti i tipi di restrizioni formali e informali sull'accesso alle attività professionali».

[Quotidianosanità.it](http://quotidianosanità.it)



PROFESSIONI SANITARIE MENO OCCUPATE

Sanità

n. 12 del 2/4/2013

Il 5,7% di impieghi in meno in un anno, -16,6% dal 2007 - Va peggio per la prevenzione

Raddoppiano in cinque anni i laureati senza lavoro secondo il XV Rapporto 2011 di AlmaLaurea, appena presentato all'Università Cà Foscari di Venezia. E nell'ultimo anno si è registrato un ulteriore deterioramento delle performance occupazionali.

La disoccupazione aumenta in un anno dal 19% al 23% e ancora di più se confrontata con 5 anni prima nel 2007, in cui era dell'11%.

E la crisi occupazionale stavolta non risparmia l'area delle professioni sanitarie che pur mantenendo ancora il primo posto assoluto, stanno perdendo punti significativi. La diminuzione negli ultimi 5 anni è del 16%, dall'84% del 2007 al 68% del 2011 e di 6 punti sul 75% del 2010.

Si riduce quindi il distacco tra le 15 aree disciplinari dove si registrano invece alcuni aumenti tra i laureati dei percorsi chimico-farmaceutico, linguistico, psicologico, letterario e geo-biologico e ancora maggiore (+9%) per il gruppo giuridico.

La riduzione dal 2007 riguarda tutte e quattro le aree delle professioni sanitarie, seppure con valori diversi, ma tutte a partire dal 2009: rispetto al lieve calo della riabilitazione (-8%) da 88% del 2007 a 80% del 2011, come per il 2010, si rileva invece il "crollo" sia dell'area tecnica che di quella della prevenzione (-28%) con, rispettivamente, -5% e -14% sull'ultimo anno, il 2010.

Ma, seppure in misura inferiore (-22%), questo crollo riguarda anche l'area infermieristico-ostetrica, con una riduzione del 10% tra il 2011 e il 2010.

Analizzando in dettaglio i vari profili, sulla media degli ultimi 5 anni dal 2007 al 2011 si confermano ai primi cinque posti fisioterapista (89%), logopedista e igienista dentale (88%), infermiere (87%), audio-protesista e podologo

(83%). Al contrario agli ultimi cinque posti si trovano assistente sanitario (55%), ostetrica e tecnico neurofisiopatologia (51%), tecnici laboratorio (50%) e fisiopatologia cardiocircolatoria (46%). In posizione intermedia tecnico di radiologia (72%) e comunque sotto la media del 79%.

Ma, in questo ultimo caso, l'aspetto più significativo riguarda la gradualità della riduzione in cinque anni (-45%), da 93% del 1997 al 48% del 2011.

Con valori inferiori seguono infermiere pediatrico (37%) da 92% a 55%, tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria (-32%) da 65% a 33%, mentre su valore leggermente inferiore (-25%) si trovano i tecnici della prevenzione da 74% a 51%, di audiometria da 75% a 51% e di laboratorio da 62% a 38 per cento.

A seguire infermiere e ostetrica (-20%) da 94% a 74% e da 60% a 41%; quindi gli altri 13 profili, con l'unico in positivo (+3%) podologo da 80% a 83%, che potrebbe dipendere sia dalla riduzione delle sedi di corso da 12 a 10 che dai posti a bando da 215 a 155 (-28%).

Considerando che per quasi tutti i 22 profili si rileva un calo del tasso occupazionale medio totale del 17% dal 2007, tuttavia molto differente analizzandolo profilo per profilo, una particolare attenzione sarebbe da riservare agli esuberanti causati dalla sovrastima delle Regioni e conseguente eccessiva offerta formativa delle Università, con sostanziali differenze rispetto al turnover e alle proposte delle categorie interessate delle singole professioni, che come abbiamo visto riguardano soprattutto le aree tecnica diagnostica e della prevenzione.

Anno accademico 2013-2014: i primi dati sul fabbisogno. Dai dati del fabbisogno stimato dalle Regioni e presentato dal ministero della Salute emerge una stima in esubero in percentuale da parte delle Regioni per i tecnici di Radiologia (+67%) dagli 821 della categoria ai 1.369 delle Regioni; laboratorio (+61%)

da 766 della categoria a 1.232 delle Regioni, prevenzione (+48%) da 615 a 905, tecnico ortopedico (+51%) da 124 a 187 e neurofisiopatologia (+19%) da 110 a 131. Infine, anche se in misura inferiore (+15%) ostetrica, da 944 della categoria a 1.083 delle Regioni.

Si tratta di un esubero che è esattamente uguale a quello dello scorso anno e che si verifica nuovamente nonostante il ministero della Salute da qualche anno stia cercando di sensibilizzare le Regioni verso criteri omogenei e realmente proporzionati alle esigenze locali e a quelle nazionali. Purtroppo, qualche Regione resiste ancora, determinando un preoccupante esubero che ha ricadute nazionali, come nel caso del Lazio. Le professioni sono quelle citate: tecnici di radiologia con 270 posti richiesti rispetto ai 90 della categoria, laboratorio 288 contro 80, neurofisiopatologia con 24 rispetto a 10 della categoria, tecnico ortopedico 60 rispetto a 18 e tecnico della prevenzione con 220 invece dei 90 proposti dalla categoria.

Analogo esubero, anche se in proporzioni minori, riguarda la Regione Calabria.

Siamo di fronte a un esubero preoccupante, come evidenziato dalle categorie e come confermato anche dai dati di AlmaLaurea. Ed è proprio per cercare di limitare questo esubero che l'Osservatorio Miur delle professioni sanitarie sta chiedendo al ministero della Salute di intervenire per correggere il fabbisogno nazionale con adeguate riduzioni sotto i 1.000 posti per tecnici di radiologia da 1.369, di laboratorio da 1.232 e ostetrica da 1.083, e sotto 750 per tecnico della prevenzione da 908.

Angelo Mastrillo

Segretario Conferenza corsi di laurea delle professioni sanitarie. Esperto dell'Osservatorio per la formazione universitaria delle professioni sanitarie



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento

Per informazioni

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



Emilia Romagna
CNA Benessere e Sanità