



ANTITRUST SANZIONA ROCHE E NOVARTIS SU TERAPIA OCULARE

Una multa di 180 milioni di euro. È questa la sanzione definita dall'Antitrust a carico di due colossi mondiali del farmaco, Roche e Novartis, accusati di intesa restrittiva della concorrenza in merito ai farmaci Avastin e Lucentis per la cura della degenerazione maculare retinica. La vicenda è nota ed è stata originata da una denuncia della Società oftalmologica italiana (Soi): due principi attivi equivalenti dal punto di vista terapeutico, uno, Bevacizumab (Avastin) con un prezzo a singola dose tra i 15 e gli 80 euro, utilizzato per la cura di alcuni tumori, l'altro, Ranibizumab (Lucentis), con un costo superiore a 900 euro, utilizzato per la cura della degenerazione maculare senile.

Secondo l'accusa le due aziende si sarebbero accordate per escludere, nella cura della degenerazione maculare senile, Avastin, commercializzato da Roche, a vantaggio di Lucentis, distribuito da Novartis, in tutto equivalente al primo, ma con un costo 50 volte superiore. A complicare ulteriormente le cose, come a suo tempo denunciato dalla Soi, la decisione dell'Aifa di escludere Avastin dalla L. n. 648/96 rendendolo di fatto inutilizzabile a carico del Ssn, adducendo come motivazione non documentate segnalazioni di effetti avversi. Ed è proprio a partire da questo dato che il presidente Soi, **Matteo Piovella** sottolinea la necessità che «Aifa faccia retromarcia sulle sue delibere, che hanno inferto il colpo decisivo nella vicenda, rendendo di fatto non disponibile per i pazienti la cura meno costosa».

L'**Aifa**, dal canto suo, prende atto «con interesse» della sentenza che, in una nota definisce «storica

per tutta l'Europa e non solo, che getta luce su un problema globale che ha costretto l'Emilia e tutte le Agenzie europee ad approfondire i rischi connessi all'uso off-label su larga scala di farmaci non studiati per specifiche indicazioni terapeutiche e per i quali la farmacovigilanza si è dimostrata carente». Le aziende, infine, respingono con fermezza le conclusioni dell'Antitrust. «Accuse prive di ogni fondamento» sottolinea **Roche** che annuncia, come del resto Novartis il ricorso «in appello a tutela della propria immagine e dei propri diritti».

Agenas, infine, parla di «atto di straordinaria rilevanza» e di una conferma rispetto a «quanto già sostenuto da quella parte del mondo scientifico e regolatorio abituata a interpretare e a capire la realtà dei fatti senza fermarsi alle apparenze, segnalando l'inadeguatezza o la subalternità delle norme». Infine anche la **comunità medica** prende posizione. Secondo **Francesco Bando**, direttore dell'unità di Oculistica dell'ospedale San Raffaele di Milano - è dimostrato come «Avastin abbia un rischio di effetti collaterali superiore del 30%». Mentre **Giovanni Staurenghi**, Direttore dell'unità di Oculistica dell'ospedale Sacco di Milano, rileva come «studi clinici indipendenti, condotti anche dal National Institutes of Health americano, abbiano evidenziato un rischio maggiore di effetti avversi con Avastin rispetto a Lucentis».

Marco Malagutti

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 5 marzo 2014

Sommario:

Antitrust sanziona Roche e Novartis su terapia oculare	1
Verifica Lea 2012. Al 1° posto resta l'Emilia Romagna	2
Laboratori di analisi a rischio chiusura	2
No al riconoscimento automatico del massofisioterapista	3
Calabria: gli odontoiatri vincono il contenzioso con la Regione	3
Dal Rapporto OASI spinta a rivedere Lea e il ruolo delle mutue integrative	3
Quell'imperizia ingiustificabile	4
Obbligo di POS, calendario da chiarire	4
Generalisti: due studi non fanno l'IRAP	5
Appalti: l'illegittima indicazione in una lex specialis può essere contestata	5
L'approfondimento: L'uso delle lenti a contatto e l'attività al videoterminale	6-7
Milleproroghe. Via libera alla Camera. Stop a proroghe per nomenclatore tariffario e per dirigenti AIFA	8
Dentisti e fondi integrativi. Prada (ANDI): "Così non va. Bisogna cambiare l'organizzazione"	8
Ecco la mano bionica che "sente" gli oggetti.	9
La spesa privata è per i ricchi	10
ISTAT. Spesa sanitaria privata a 27,5 miliardi nel 2013. Il 5,7 in meno dell'anno precedente	11
Infermieri stanchi, pazienti a rischio	12



VERIFICA LEA 2012. AL 1° POSTO RESTA L'EMILIA ROMAGNA, MA VENETO E TOSCANA SALGONO AL 2° SCALZANDO LA LOMBARDIA (4°)

L'Emilia Romagna continua ad essere la Regione più attenta al rispetto dei 21 indicatori del "tavolo Lea" che ogni anno monitorizza la qualità dell'assistenza sanitaria in tutte le realtà. Con un punteggio finale di 208 punti (si viene considerati "adempienti" da 160 punti in su) si conferma al primo posto anche nel 2012. Come all'ultimo si conferma purtroppo la Campania, con un punteggio di 116 punti, 15 in più rispetto al 2011 ma non sufficienti a lasciare l'ultimo gradino della classifica.

Le novità principali le troviamo invece nella rosa di testa dove la Lombardia passa dal 2° al 4° posto con 182 punti (ne aveva 195 nel 2011) sopravanzata da Veneto e Toscana con 192 punti ciascuna che si collocano così insieme al 2° posto.

Come dicevamo il punteggio si basa su una serie di calcoli legati all'adempimento nei confronti di 21 indicatori di performance nei vari livelli di assistenza (prevenzione, ospedaliera, farmaceutica, di base, ecc.) ed è suddiviso in tre fasce: sopra i 160 punti la regione viene considerata "adempiente", tra i 130 e i 160 "adempiente con impegno", ovvero con alcune criticità su cui impegnarsi, sotto i 130 "inadempiente".

Dalla lettura complessiva della classifica, solo la Campania è "inadempiente", mentre sei regioni (Calabria, Puglia, Molise, Abruzzo, Lazio e Sicilia) si collo-

cano nella fascia di "adempiente con impegno" e le restanti 9 (Basilicata, Marche, Liguria, Umbria, Piemonte, Lombardia, Toscana, Veneto ed Emilia Romagna) in quella di "adempiente" all'erogazione dei Lea (le Regioni e Province autonome non sono comprese nella graduatoria).

Ma il ministero ha anticipato anche il risultato di un'altra verifica dell'erogazione Lea, quella legata agli aspetti organizzativi e funzionali aggiornando le

criticità 2012 già evidenziate in una prima riunione del 6 dicembre scorso.

Il rapporto indica che solo il Veneto risulta totalmente adempiente a quest'altro tipo di indicatori più legati appunto a funzioni e compiti organizzativo-burocratici, mentre tutte le altre regioni, anche se con differenze notevoli in termini di importanza dei rilievi, presentano comunque o "inadempienze" o "adempienze con impegno".

	2011	VALUTAZIONE		2012	VALUTAZIONE
1°	Emilia R.	213	1°	Emilia R.	208
2°	Lombardia	195	2°	Veneto	192
3°	Umbria	184	2°	Toscana	192
4°	Veneto	182	4°	Lombardia	182
5°	Piemonte	170	5°	Piemonte	180
6°	Toscana	168	6°	Umbria	174
7°	Basilicata	167	7°	Liguria	173
8°	Liguria	166	8°	Marche	165
9°	Marche	161	8°	Basilicata	165
10°	Lazio	152	10°	Sicilia	156
11°	Sicilia	147	11°	Lazio	154
12°	Abruzzo	145	12°	Abruzzo	146
13°	Molise	142	13°	Molise	144
14°	Calabria	128	14°	Puglia	138
15°	Puglia	123	15°	Calabria	132
16°	Campania	101	16°	Campania	116



LABORATORI DI ANALISI A RISCHIO CHIUSURA

L'aggregazione obbligata dei laboratori di analisi nega la libertà di esercizio della libera professione. E ha come unica conseguenza la chiusura del 70% delle strutture convenzionate con il Ssn.

A lanciare l'allarme l'Ordine nazionale dei biologi (Onb) che punta il dito contro il decreto (109/13) della Regione Campania che prevede l'accorpamento forzato e quindi non volontario, come i biologi vorrebbero, dei laboratori di analisi convenzionati che effettuano 70 mila prestazioni e poi a regime 200 mila. Il provvedimento, tra l'altro al centro di una tavola rotonda a Napoli che l'Onb ha organizzato per riunire tutte le sigle sindacali, comporterà la soppressione di una fitta rete di professionisti, titolari di strutture già istituzional-

mente accreditate, che garantiscono circa 4 mila posti di lavoro a professionisti della sanità, e 3 mila nell'indotto complessivo.

Secondo i biologi, inoltre, la Regione Campania da questa ristrutturazione non ne trarrebbe benefici in termini economici giacché in ogni caso continuerebbe a retribuire le prestazioni con lo stesso tariffario. L'unico effetto sarebbe il calo occupazionale.

Il principio contenuto nel decreto ha oltretutto un precedente in Sicilia, dove il TAR della regione ha accolto (sez. I, sentenza n. 2343 del 3/12/2013) un ricorso ad hoc presentato dall'ordine dei biologi.

Nella sentenza il Tribunale amministrativo regionale ha previsto che siano

assegnati ai destinatari tempi tecnici compatibili con la possibilità di effettuare scelte coerenti con il principio di autonomia privata e della libera iniziativa. A questo poi si aggiunge il mancato obiettivo dei risparmi promessi. Secondo l'ordine dei biologi, infatti, per la rete dei laboratori la motivazione del non risparmio è semplice: «Una prestazione nei laboratori privati convenzionati alla regione costa X euro. La prestazione o la si moltiplica per-200 mila e il rimborso tariffario lo si versa a una sola struttura o la si versa a 20 strutture diverse, per le finanze regionali l'esborso monetario rimane invariato. Dunque un'operazione a vantaggio zero». "I laboratori di analisi accreditati sono l'ultima frontiera salva vita per tutti i cittadini" ha detto il presidente dell'ordine Ermanno Calcatelli, "perché coprono in modo capillare i nostri territori. È quindi più che mai necessario trovare una soluzione a questo dannoso problema".



NO AL RICONOSCIMENTO AUTOMATICO DEL TITOLO DI MASSOFISIOTERAPISTA

Il fatto

La domanda è stata respinta dal Tribunale di Napoli, con decisione che la Corte di Appello ha confermato. Il giudice dell'appello ha richiamato la normativa relativa all'esercizio della professione di fisioterapista, con la previsione nel D.M. del 27 luglio 2000 della equipollenza al diploma universitario del titolo conseguente al corso triennale di formazione specifica di cui alla legge n.403/1971. Il mancato possesso da parte del lavoratore del richiesto titolo di studio, necessario per effetto della nuova normativa, rendeva il lavoratore permanentemente inidoneo alla esecuzione della prestazione lavorativa.

Profili giuridici

Il D.M. 27 luglio 2000, recante

“Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di fisioterapista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base” è stato, quindi, ritenuto esente da profili di illegittimità, prendendo lo stesso atto di una situazione di base contrassegnata dall'evidente disparità dei vari percorsi formativi, selezionando all'interno di essi quelli ritenuti in grado di fornire all'operatore una formazione di livello adeguato all'esercizio di una attività professionale altrimenti riservata a soggetti che abbiano conseguito il diploma di scuola media superiore ed abbiano positivamente frequentato un corso di laurea triennale.

Avv. Ennio Grassini

www.dirittosanitario.net



CALABRIA: GLI ODONTOIATRI VINCONO IL CONTENZIOSO CON LA REGIONE

La Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici di Catanzaro, presieduta da Salvatore De Filippo "esprime profonda soddisfazione per l'esito del contenzioso aperto dinanzi al Tribunale civile di Catanzaro che ha sancito l'illegittimità delle sanzioni erogate dalla Regione Calabria ad alcuni colleghi titolari di studi odontoiatrici della nostra provincia per la mancanza dell'autorizzazione sanitaria regionale". L'ultima

vicenda giudiziaria ha interessato uno studio odontoiatrico che si è visto ricevere una sanzione pecuniaria dalla Regione Calabria a causa di una presunta mancata autorizzazione. Il giudice del Tribunale di Catanzaro, invece, ha ribaltato l'esito del provvedimento regionale, riconoscendo la legittimità dello studio odontoiatrico. "Studi odontoiatrici - ha dichiarato Salvatore De Filippo - che sono perfettamente adeguati ai più avanzati



DAL RAPPORTO OASI SPINTA A RIVEDERE LEA E RUOLO DELLE MUTUE INTEGRATIVE

Nel 2013, dopo anni di crescita la spesa privata degli italiani per medicine e visite si è bloccata: una spesa pari a un 23% della spesa complessiva per la salute (ma solo il 3% è sostenuto dalle assicurazioni), che è rimasta inalterata malgrado la contrazione del 30% delle visite specialistiche. I dati del Rapporto Oasi sulle aziende sanitarie, presentati da **Francesco Longo** del centro studi Cergas dell'Università Bocconi, rilanciano il dibattito sulle mutue integrative, che sarebbero utili a coprire la long term care e le cure odontoiatriche, ma non solo. **Fulvio Moirano** direttore dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali -

Agenas, individua margini di "recupero" (cioè possibili inefficienze) anche all'interno delle prestazioni già erogate come livelli essenziali di assistenza. «Molto di ciò che è nei Lea - dice Moirano - non sono sicuro sia utile ai cittadini: penso ad alcuni aspetti della copertura dell'assistenza in gravidanza e ad altre ridondanze qua e là che potrebbero essere limate». «Fin qui -aggiunge Moirano rispondendo a una domanda del fondatore Cergas, l'economista **Elio Borgonovi** - si è preferito toccare i Lea in silenzio, razionando fattori produttivi con il blocco del turn-over e il conseguente aumento delle liste d'attesa; il



REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:

BREVIGLIERI CRISTINA (CNA Bologna)

Tel. 051 299287

CAVINI SALVATORE (CNA Imola)

Tel. 0542 632611

SPAGGIARI FRANCO (CNA Modena)

Tel. 059 418573

GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)

Tel. 0521 227280

IOLI LUCA (CNA Rimini)

Tel. 0541 787967

ROBONI FRANCESCO (CNA Ferrara)

Tel. 0532 749111

RUFFILLI REMO (CNA Forli-Cesena)

Tel. 0543 770285

SALVINO TERESA (CNA Reggio Emilia)

Tel. 0522 356395

SUZZI ROBERTA (CNA Ravenna)

Tel. 0544 298634

TAGLIAFICHI GIUSEPPINA (CNA Piacenza)

Tel. 0523 572211

criteri di sicurezza, a garanzia di tutti i pazienti'.

MondoProfessionisti 17/2/2014

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 21 gennaio 2014

Ssn dovrebbe piuttosto dimensionare le reti d'offerta come previsto all'articolo 15 della legge sulla spending review, la 135, e sobbarcarsi "virilmente" un dimensionamento delle reti d'offerta pubblica e privata commisurato al fabbisogno». Al centro del Rapporto, anche il virtuale azzeramento del deficit sanitario, ottenuto fra l'altro in anni di crisi e sottofinanziamento del Fondo sanitario nazionale, a suon di tagli (anche agli investimenti) e di accorpamenti delle Asl, passate da 228 a 143 in un anno.



QUELL'IMPERIZIA INGIUSTIFICABILE

La Balduzzi non si applica all'errore macroscopico - Linee guida valorizzate

La Quarta Sezione della Cassazione, con la sentenza n. 2347/2014 depositata il 20 gennaio, è tornata a dettare alcuni chiari criteri ai quali si deve riportare l'arte medica per rimanere negli ambiti di una prestazione professionale correttamente eseguita.

Il caso all'esame dei giudici del Supremo Collegio era costituito da una sentenza di condanna per lesioni colpose gravi, delle quali è stato riconosciuto colpevole un chirurgo plastico che nella effettuazione di un «atto operatorio» su una paziente (una mastoplastica additiva) ne aveva provocato una malattia del corpo superiore ai 40 giorni, a causa, sancivano le sentenze di merito, di imperizia dovuta a carente tecnica chirurgica e alla inadeguatezza delle protesi prescelte.

Così riassunto l'evento fattuale, la sentenza citata merita attenzione, perché da un lato ricorda quelli che possono definirsi i principi consolidati in tema di consenso informato (si veda il box) e per altro verso interviene su di un tema, molto recente, come quello della colpa lieve e della conseguente possibilità di applicare «il nuovo favorevole parametro» previsto dall'art. 3 della legge 189 dell'8 novembre 2012 (la cosiddetta «legge Balduzzi»).

Sull'applicabilità, all'operato del medico, della previsione più favorevole di cui all'art. 3 della legge Balduzzi, la Corte di Cassazione ha ora stabilito come laddove si accerti nella condotta medica la «piena sussistenza di un notevole grado di imperizia» non sia possibile statuire «la non rilevanza penale della colpa lieve».

Tale più favorevole parametro di valutazione (previsto dalla legge per scongiurare la proliferazione delle azioni risarcitorie in danno dei medici che si fondano anche sui casi al confine della colpa, definita appunto di grado lieve, e che hanno avuto come contro-altare lo sviluppo della così detta «medicina difensiva») viene correttamente inquadrato dai Supremi Giudici della quarta sezione che riconoscono la vigenza della non rilevanza penale della colpa lieve (di cui all'articolo 3) solo per quegli atti medici che, pur presentando aspetti appunto di colpa lieve, pur tuttavia siano stati posti in essere nel pieno rispetto di quanto previsto dalle linee guida e delle buone pratiche, accreditate dalla comunità scientifica, per quella determinata atti-

ività sanitaria.

Nella fattispecie l'imputato è invece incorso «in quella colpa grave tutt'ora rilevante nell'ambito della professione medica» e rinvenibile nell'«errore inexcusabile, che trova origine o nella mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di attività e di perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali adoperati nell'atto operatorio e che il medico deve essere sicuro di poter gestire correttamente o, infine, nella mancanza di prudenza e diligenza».



OBBLIGO DI POS, CALENDARIO DA CHIARIRE

La proroga al 30 giugno 2014 dell'obbligo di permettere pagamenti anche attraverso bancomat da un lato favorisce un migliore adeguamento ad imprese e professionisti. Ma dall'altro genera incertezze sulla sua concreta operatività almeno quanto all'individuazione della platea di soggetti interessati.

In sede di conversione del decreto milleproroghe (DI 150/2013), è stato infatti inserito il comma 15-bis all'articolo 9 con differimento del termine a partire dal quale i soggetti privati, che effettuano attività di vendita di prodotti o prestazioni di servizi, anche professionali, sono obbligati ad accettare pagamenti anche attraverso carte di debito (DI 179/2012). Prima che intervenisse la proroga, nella Gazzetta Ufficiale del 27 gennaio 2014 n. 21 era stato nel frattempo pubblicato il decreto del ministro dello Sviluppo economico del 24 gennaio 2014 attuativo dell'ambito di applicazione dei pagamenti mediante carte di debito. Tale regolamento, stanti gli effetti della particolare disciplina ed il rilevante numero dei soggetti potenzialmente destinatari della stessa, aveva individuato, con gradualità e sostenibilità, un limite minimo di acquisto, pari a 30 euro, nonché le categorie di operatori nei confronti delle quali trovasse gradualmente applicazione la misura.

Il criterio utilizzato a tal fine è stato quello dell'ammontare del fatturato dell'anno precedente a quello nel corso del quale è effettuato il pagamento. In ragione di questo criterio, era stato previsto che dal 28 marzo 2014 e sino al 30 giugno 2014 l'obbligo interessasse esclusivamente imprese e professionisti che avessero un fatturato annuo supe-

Pur non potendo applicare al ricorrente, in questa occasione, il miglior trattamento normativo, la Cassazione ha però chiarito come si possa ben dire che il nostro ordinamento abbia riconosciuto due importanti concetti: quello della «distinzione tra colpa lieve e colpa grave, per la prima volta normativamente introdotta nell'ambito della disciplina penale dell'imputazione soggettiva, e l'altro, quello della valorizzazione delle linee guida e delle virtuose pratiche terapeutiche, purché corroborate dal sapere scientifico».

Giorgio Vaccaro

Sanità

n. 3 del 28 gennaio 2014

riore ai 200.000 euro. Tali operatori, per acquisti oltre i 30 euro, sarebbero stati obbligati ad accettare pagamenti effettuati da persone fisiche, soggetti privati, anche con carte di debito.

Con successivo decreto, da adottarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore dell'obbligo (e quindi originariamente entro il 26 giugno 2014), potevano essere individuate nuove soglie e nuovi limiti minimi di fatturato, con possibilità inoltre di estendere gli obblighi ad ulteriori strumenti di pagamento elettronico anche con tecnologie mobili.

La modifica della decorrenza dell'obbligo, differita al 30/6/2014, renderà probabilmente necessaria l'adozione di un nuovo decreto ministeriale che vada a fissare la nuova tempistica in ragione di quelle esigenze di gradualità e sostenibilità che hanno guidato il ministero dello Sviluppo economico nella stesura del decreto attuativo. Finché il decreto non ci sarà, la data del 30/6/2014 dovrebbe essere necessariamente intesa come momento di avvio a regime dell'obbligo per tutti gli operatori economici. Peraltro, questa ultima interpretazione sembrerebbe in grado di anticipare quanto dispone l'art. 9, comma 1 lett. d) della legge di delega fiscale. Per il rafforzamento dei controlli si cerca infatti di incentivare, mediante riduzione degli adempimenti amministrativi e contabili a carico dei contribuenti, non solo l'utilizzo della fatturazione elettronica e la trasmissione telematica dei corrispettivi, ma anche adeguati meccanismi di riscontro tra la documentazione in materia di Iva e le transazioni effettuate, potenziando a tal fine i relativi sistemi tracciabilità dei pagamenti.



GENERALISTI: DUE STUDI NON FANNO L'IRAP

Anche se il medico di base convenzionato con il Ssn utilizza due studi non è comunque soggetto a Irap. Lo ha stabilito la Corte di Cassazione con l'ordinanza 10 febbraio 2014 n. 2967, che ha riconosciuto il diritto al rimborso del tributo regionale pagato erroneamente dal professionista negli anni precedenti, confermando in tal senso la sentenza della Commissione Tributaria Regionale del Veneto.

La pronuncia è sintetica nelle sue motivazioni, ma ribadisce il netto orientamento dei giudici a favore dei contribuenti nella annosa questione della soggettività passiva ai fini Irap, che colpisce - come si sa - il valore aggiunto prodotto dalle attività autonomamente organizzate. Come è noto, l'imposta è dovuta infatti da tutti coloro che esercitano abitualmente un'attività autonomamente organizzata, diretta alla pro-

duzione o allo scambio di beni ovvero alla prestazione di servizi. Tra questi ultimi soggetti possono rientrare coloro che svolgono in forma autonoma (cioè se possessori di partita Iva) arti e professioni sanitarie. Il problema verte intorno al significato da attribuire al concetto di "autonoma organizzazione" quale presupposto per l'applicazione del tributo che - soprattutto nell'attività medica - presenta aspetti del tutto peculiari, in considerazione della preponderanza che la figura del professionista ha, rispetto alla propria struttura.

La Corte Costituzionale, con la nota sentenza n. 156 del 21 maggio 2001, ha precisato che l'elemento organizzativo non è necessariamente connesso all'attività di lavoro autonomo. Per i supremi giudici, infatti, è ben possibile ipotizzare un'attività professionale svolta in assenza di organizzazione di capita-

le o di lavoro altrui. Allorché ciò si realizza, aggiunge la Corte, deve dirsi mancante il presupposto stesso dell'Irap e, quindi, l'imposta non è dovuta.

L'agenzia delle Entrate, però, ha tenuto con decisione il punto e, con la Risoluzione 31 gennaio 2002, n. 31/E, ha ribadito che l'esistenza pur minima dell'organizzazione è in ogni caso un requisito tipico del lavoro autonomo, sicché l'imposta è comunque dovuta da tutti i professionisti. Con la più recente Circolare 13 giugno 2008, n. 45/E, l'agenzia delle Entrate, preso atto dell'orientamento della Corte di cassazione sull'Irap dei professionisti, ha poi elencato una serie di elementi che, anche singolarmente considerati, sono sufficienti a far ritenere esistente l'autonoma organizzazione in capo ai professionisti.

Ciò nonostante, come detto, si sono registrate numerose pronunce giurisprudenziali di accoglimento delle ragioni dei contribuenti. Nel caso di specie, la Corte conferma che occorre porre l'accento sulle peculiarità attraverso le quali si esercita l'attività professionale del medico di base, che è svolta sotto la sorveglianza della Asl, organizzata dai relativi decreti e accordi collettivi. L'attività del medico, in questo caso, è rigidamente regolamentata, sia sotto il profilo economico, sia sotto il profilo squisitamente organizzativo.

Il medico di base, infatti, deve mantenere il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività professionale, che è obbligatoria ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto di convenzione con il Ssn. Essa, perciò, non determina la sussistenza - in mancanza di personale dipendente - del requisito dell'autonomia organizzativa richiesto dalla normativa Irap. Sicché, per i giudici di legittimità, l'utilizzazione di due studi deve essere apprezzata solo come «uno strumento per il migliore (e più comodo per il pubblico) esercizio dell'attività professionale autonoma».

Al tempo stesso, viene confermato che il valore dei beni strumentali utilizzati dal professionista non assume un rilievo decisivo ai fini Irap. Ne consegue che, quand'anche il medico di base disponga di strumenti di diagnosi, per quanto complessi e costosi, ma pur sempre usuali, non può ritenersi che sussista il presupposto impositivo.

Alberto Santi



APPALTI: L'ILLEGITTIMA INDICAZIONE IN UNA LEX SPECIALIS PUÒ ESSERE CONTESTATA ANCHE DA UN OPERATORE ECONOMICO NON PARTECIPANTE

Cons.Stato III°, 26/11/2013, n. 5613

Una stazione appaltante ha indetto una procedura aperta per l'affidamento di un determinato servizio ma, visto che la gara era andata deserta, si disponeva ad indire una procedura negoziata che terminava con l'affidamento del servizio ad una società che utilizzava specifiche apparecchiature; una società costruttrice d'apparecchiature analoghe a quelle utilizzate dall'aggiudicataria decideva allora d'impugnare tale affidamento, sul presupposto che i criteri di valutazione dell'offerta tecnica previsti dalla procedura negoziata risultassero del tutto inadeguati. Si difendeva l'amministrazione deducendo come la ricorrente non avesse partecipato alla procedura e come pertanto non risultasse legittimata ad impugnare una gara a cui non aveva concorso. Il Consiglio di Stato, investito della vicenda, pur nella consapevolezza non solo che la ricorrente non aveva concorso alla procedura, ma come neppure "avrebbe interesse a farlo neanche nell'ipotesi in cui fossero accolte le censure preordinate all'annullamento del bando", ciononostante, in quanto portatrice di una con-

testazione relativa all'erronea individuazione di corrette regole di gara (ovvero la valutazione di requisiti tecnici assolutamente sproporzionati), ha riconosciuto la sua piena legittimazione a contestare la lex specialis nonché a chiedere l'annullamento dell'intera gara.

In definitiva la sentenza in commento dimostra come possa impugnare una procedura anche il semplice operatore economico NON partecipante, qualora contesti la determinazione di specifiche tecniche troppo restrittive e/o criteri valutativi in contrasto con la massima partecipazione possibile alle gare pubbliche.

Studio Stefanelli



L'APPROFONDIMENTO

L'USO DELLE LENTI A CONTATTO E L'ATTIVITÀ

Fra gli utenti di lenti a contatto (LaC) sono ormai moltissimi quelli che fanno uso del videoterminale (VDT) sia per scopi professionali che di svago. Molti fra quelli che lavorano in ufficio lamentano, durante l'uso, fastidi e disagi apparentemente collegati alle LaC al punto che spesso si giunge a fenomeni di abbandono delle lenti stesse. A questo si aggiunge una sommaria indicazione negativa all'uso delle LaC espressa frequentemente al lavoratore nella fase della vigilanza sanitaria.

Un obiettivo raggiungibile è la riduzione dei fenomeni di disagio, soprattutto per coloro che fanno uso delle LaC non per considerazioni estetiche ma funzionali. Ciò può avvenire attraverso una corretta gestione del problema e una precisa analisi delle cause anche per mezzo della collaborazione con chi si occupa dell'applicazione della LaC. Senza rinunciare, ove possibile, ai benefici che l'uso delle LaC può comportare e ed evitando, così, di dare origine all'ipotesi che le LaC siano controindicate al lavoro.

Parole chiave

Ammiccamento, ipervaporazione, impegno visivo

Introduzione

Durante l'attività di screening occupazionale dei videoterminalisti svolta secondo le attuali norme, durante l'intervista anamnestica che riguarda l'eventuale uso di lenti a contatto le risposte che ottengo sono spesso di questo tipo:

a- sì, uso lenti a contatto ma non quando lavoro al computer;

b- non uso lenti a contatto al lavoro perché mi danno fastidio.

Alla domanda se la situazione è stata sottoposta allo specialista che ha applicato le lenti a contatto o all'oftalmologo, altrettanto frequente è la risposta:

a- sì, ma mi viene detto che non si può fare niente e che sarebbe meglio portarle solo per il tempo libero;

b- sì, mi viene detto di non usarle al lavoro perché non è bene.

Apparentemente fra computer e LaC sembrerebbe esistere una forma di incompatibilità. Questo articolo, che non



ha la pretesa di una revisione scientifica, vuole prendere in considerazione gli aspetti che intervengono per migliorarne la comprensione e perseguire l'eventuale soluzione o il miglioramento del problema.

Il tema

In effetti un certo numero di coloro che fanno uso regolare di lenti a contatto spesso vanno incontro a prematuri effetti di disagio oculare in attività prolungate al VDT. La semeiotica del disagio sono una serie di sintomi a livello oculare assimilabili a quelli astenopici comuni: prurito, bruciore, arrossamento, pesantezza, sfuocamento, accompagnati da secchezza, senso di corpo estraneo, necessità di toccarsi e massaggiarsi gli occhi e le palpebre.

I sintomi insorgono in genere nella seconda parte della giornata lavorativa o dopo un tempo più o meno breve di applicazione al VDT a seconda dell'entità del problema e, si assiste in generale, alla remissione dei sintomi stessi con la sospensione del lavoro a monitor e/o il disinserimento delle LaC. Nonostante una frequenza interessante (più del 30% secondo Nakaishi) e una certa prevalenza fra i portatori di lenti a contatto, ritengo che il fenomeno non sia generalizzabile al punto da sconsigliare l'abbinamento

LaC-VDT sempre e comunque. Numerosi sono infatti gli utenti che fanno felicemente uso di lenti a contatto anche in attività di ufficio. Numerosi sono coloro che si giovano dell'uso delle LaC, non solo per fattori estetici ma soprattutto per elevate ametropie, anisometropie, astigmatismi irregolari, cheratoconi e strabismi accomodativi. Tutti casi in cui le LaC costituiscono un presupposto

funzionale. La conoscenza di quegli aspetti che riguardano la situazione oculare e ambientale può portare ad un maggior controllo dei fenomeni connessi, con l'intento di ottenere un miglioramento del quadro sintomatologico o comunque a una forma di miglior tutela delle condizioni di salute dell'occhio del portatore di LaC.

È presumibile che l'utente di VDT che sperimenta disagio durante il lavoro non sia del tutto idoneo all'uso di LaC, o per meglio dire, il rapporto fra quell'occhio e quel tipo di LaC non sia il migliore auspicabile, anche in condizioni per così dire "normali". Nell'uso quotidiano delle LaC, infatti, ci sono condizioni che hanno caratteristiche impegnative per l'occhio o comunque sono assimilabili per criticità all'uso del VDT. Per esempio, l'uso di LaC in ambienti caldi o ventilati, l'uso per tempi eccessivamente lunghi, l'uso di LaC non adeguate alle caratteristiche dell'occhio. A volte, se l'utente accetta al di fuori dell'occupazione un uso non del tutto soddisfacente delle LaC è perché può rimuoverle quando vuole, operazione che rimane più difficoltosa al lavoro.

Una valutazione di tale rischio è auspicabile poiché, come è noto, situazioni stressanti per la superficie oculare possono ingenerare reazioni di difesa infiammatoria o sindromi da occhio secco, aspetti ben rappresentati in letteratura. È utile, inoltre, ricordare l'importanza della funzione delle lacrime che hanno funzione protettiva, di lubrificazione e di lavaggio, di protezione dagli agenti esterni e che questa condizione è strettamente legata alle dinamiche di secrezione dei lipidi delle ghiandole di Meibomio, i cui dotti sono posizionati sulla rima palpebrale. L'unità lacrimale è formata da ghiandola lacrimale, cornea, congiuntiva, ghiandole di Meibomio, sistema innervativo superficiale. Ogni volta che una specifica funzione risulta alterata c'è una risposta del sistema per ristabilire l'equilibrio. L'infiammazione è una risposta di difesa del sistema, che, se non adeguata può diventare patologica essa stessa (cronicizzazione).

Schematicamente possono essere considerati endogeni i fattori che riguardano la risposta individuale ed esogeni quelli relativi all'ambiente circostante.

SEGUE L'APPROFONDIMENTO

AL VIDEOTERMINALE

Ocular surface o superficie oculare è la terminologia di riferimento per il sistema palpebre-cornea-lacrime. Fra i fattori endogeni coinvolti nel deterioramento della superficie oculare è bene considerare la funzione dell'ammiccamento. Nell'attività visiva prolungata al VDT la diminuzione della frequenza di ammiccamento è un meccanismo di difesa che tende a favorire i processi attentivi. Se in un soggetto normale la frequenza di ammiccamento è di un battito ogni 3-6 secondi che equivale a 10-20 volte al minuto, a livelli elevati di attenzione si riduce anche di 5 volte. Ciò significa fino a 3 volte al minuto. L'effetto è noto come rarefazione dell'ammiccamento.

Una così drastica diminuzione della funzione lacrimale può produrre effetti sull'epitelio corneale (*staining*) anche su soggetti non portatori di LaC.

Molte attività lavorative al VDT sono esercitate per tempi "infinitamente" lunghi sotto questo aspetto. Un addetto all'imputazione dati passa l'intera giornata lavorativa a ripetere le stesse operazioni, anche se con un impegno visivo non straordinariamente alto e con un coinvolgimento attentivo minore rispetto ad altri compiti. Un operatore radar, invece, o un controllore della sicurezza, per es. in aeroporto, hanno un turno più breve (due o quattro ore) ma un impegno visivo molto più alto dato da un tempo relativamente lungo e un coinvolgimento attentivo notevolmente più grande. È facile ipotizzare che il sommarsi di fattori di rischio specifico per la funzione lacrimale come l'età, il sesso, squilibri metabolici, uso di farmaci, fattori ambientali, ecc. ecc. esponga questo tipo di lavoratore a conseguenze per la salute oculare. Conseguenze non letali, si badi, ma nemmeno trascurabili.

Lo stesso uso di lenti a contatto, soprattutto di tipo idrofilo (cosiddette morbide), comporta fattori di rischio sia diretti che indiretti. Il modo è diretto a causa dell'ipossia e dell'ipercapnia relativa della cornea indotta dall'uso che rallentano la risposta corneale alla richiesta di idratazione. Con LaC morbide il fenomeno è frequente, a volte momentaneo, reversibile e legato alle generali condizioni di uso delle lenti ma soprattutto a scarso ricambio lacrimale

sotto la lente e a materiale poco permeabile. In modo indiretto, invece, con la diminuzione dell'ammiccamento a causare l'ipervaporazione a livello della superficie aria lente, con conseguente iperosmolarità lacrimale, infiammazione cronica, perdita delle cellule calciformi della congiuntiva e instabilità del fluido. Il fenomeno sembra interessare maggiormente i polimeri idrofili ad alta idratazione.

I moderni materiali in silicone-hydrogel hanno in parte minimizzato il problema facendosi attraversare da una quantità di ossigeno di gran lunga superiore. Fra i fattori esogeni è bene considerare tutto quello che incide negativamente sulla prestazione lacrimale a cominciare dal microclima: gli ambienti di lavoro spesso sono riscaldati o raffrescati con dispositivi che abbassano la temperatura senza alcun controllo sull'umidità relativa. I flussi d'aria presenti per gli stessi motivi di climatizzazione espongono gli individui ad una eccessiva perdita di liquidi per evaporazione. Altri flussi d'aria fuori controllo provengono dagli stessi *computer* che adottano sistemi di raffreddamento a ventola che, nel caso dei "portatili", possono risultare veramente vicini al viso dell'operatore e a temperature prossime ai 40°C.

Va detto che il mercato delle lenti a contatto è caratterizzato da due tipi di approccio all'utente: uno commerciale da parte dei negozi di ottica, le farmacie e le sanitarie. L'altro da professionisti specializzati nell'applicazione di lenti a contatto. Troppo spesso le LaC idrofile di tipo *disposable* (cioè quelle pronte da comperare, al contrario di quelle prescritte e costruite su misura) sono il risultato di un atto commerciale invece che di un'indagine clinica, quando le LaC vengono fornite senza verifiche o controlli. Gli stessi portatori in molti casi si basano sul fai da te per la scelta dei prodotti sovente anche sul *web*.

Una lente a contatto mal applicata può essere tollerata senza conseguenze per un uso saltuario o limitato ma diventare fastidiosa o dannosa per tempi più lunghi o condizioni d'uso critiche come quelle al VDT.

Le soluzioni

È evidente così la necessità di racco-

mandare controlli presso professionisti competenti come del resto previsto dalla normativa sull'applicazione delle LaC, che possano valutare il livello di affidabilità del rapporto LaC/occhio o intervenire nel caso di problemi, come nel caso della rarefazione dell'ammiccamento con esercizi riabilitativi.

Mentre sugli aspetti ambientali c'è ancora molto da comunicare ed applicare per favorire il benessere dei lavoratori. Ambienti poco ospitali per umidità relativa scarsa potrebbero essere corretti facilmente ed economicamente installando un piccolo igrometro del costo di pochi euro ed istruendo i lavoratori al ricambio di aria con l'esterno. Lo stesso dicasi per i flussi di aria che possono essere devianti con semplici artifici. La ricaduta benefica non sarà solo per le mucose degli occhi. Anche l'indicazione di aumentare i fluidi in circolo bevendo più acqua durante l'attività ha il suo valore. Allo stesso modo non dovrebbero esserci particolari difficoltà ad inserire nei programmi di formazione periodica prevista per i videoterminalisti alcune informazioni più specifiche per i portatori di LaC. Nel caso in cui si sospetti una alterazione della funzione lacrimale si possono usare appositi questionari per il *grading*. Per poi comunque richiedere una valutazione lacrimale allo specialista, oggi non più basata sul primitivo e poco preciso Schirmer test ma su una batteria ragionata di test quantitativi e qualitativi a supporto di una terapia di integrazione lacrimale. Tutto questo rientra senza dubbio fra le prescrizioni di idoneità del paziente sintomatico e va correlato alla valutazione ambientale. *Corrispondenza: paolo.trau@gmail.com*





MILLEPROROGHE. VIA LIBERA DALLA CAMERA. STOP A PROROGHE PER NOMENCLATORE TARIFFARIO E PER DIRIGENTI AIFA CON CONTRATTO A TERMINE

Via libera alla Camera, con 216 voti favorevoli e 116 contrari, al decreto milleproroghe già approvato dal Senato. La svolta è arrivata quando il comitato dei nove della commissione Affari costituzionali, convocato per valutare le proposte emendative accolte da maggioranza e Governo, è riuscito a scongiurare il ricorso all'ostruzionismo preannunciato dal M5S. Il decreto, a rischio scadenza, è stato approvato in prima serata dall'Aula dopo il ritiro di gran parte degli emendamenti presentati dal M5S, che ha ottenuto in cambio il via libera a 12 loro proposte di modifica.

Le poche modifiche apportate al testo impongono ora un ulteriore passaggio a Palazzo Madama per il via libera parlamentare definitivo che dovrà avvenire entro il 28 febbraio.

Pochi gli emendamenti approvati riguardanti la sanità, su tutti lo stop alla proroga del nomenclatore tariffario e quello riguardante il blocco per i dirigenti nominati dall'Aifa.

Vediamo le modifiche nel dettaglio.

Sistri. Slitta al 2015 l'avvio del Sistri. Il sistema di tracciabilità dei rifiuti (Sistri), per i produttori iniziali di rifiuti perico-

losi, e per i Comuni e le imprese di trasporto dei rifiuti urbani del territorio della Campania diventerà operativo da gennaio 2015 e non più dal 3 marzo.

Nomenclatore tariffario. Bloccata la proroga dell'aggiornamento che contiene strumenti e prezzi risalenti alla lira oggi già sostituiti da strumenti più efficaci e meno costosi. Sul tema il **M5S** ha sottolineato come si trattasse di "uno strumento obsoleto che, non venendo aggiornato dal 2001, da un lato includeva ausili e protesi che non esistono più, dall'altro non prevedeva ausili e protesi di recente realizzazione, importantissimi per la qualità della vita di persone diversamente abili". Il M5S auspica ora che l'aggiornamento del nomenclatore "avvenga, da parte del ministro della Salute, anche attraverso la creazione di un tavolo pubblico con tutti i soggetti che si occupano del tema".

Aifa. Bloccata la proroga dei dirigenti nominati dall'Agenzia italiana del farmaco il cui contratto, a questo punto, scadrà il prossimo 31 ottobre 2014. A disporlo, un emendamento del M5S a prima firma **Andrea Cecconi**. "Andando in deroga rispetto a tutte le leggi sul contenimento della spesa, che per tutto il settore pubblico sono entrate in vigo-

re dal primo gennaio di quest'anno, la scadenza alla proroga dei contratti per i dirigenti dell'Aifa era inizialmente stata fissata al 30 ottobre 2014 - ha spiegato il M5S. Non bastasse, durante la discussione del Milleproroghe al Senato la scadenza era stata ulteriormente posticipata il 31 marzo 2015. Una volta giunta alla Camera, questa misura è stata abrogata grazie al nostro correttivo che andava a stoppare un'operazione a dir poco opaca, che 'puzzava' di favore nei confronti di qualcuno. L'unica cosa che a questo punto auspichiamo è che una volta giunti a ottobre, non si tenti di realizzare un'ulteriore proroga. In tal caso, toneremo a sollevare la questione presso le sedi opportune".

Social card. Stop al trasferimento di 35 milioni dal fondo per i lavoratori esodati al finanziamento della social card. Sulla misura è intervenuta **Paola Binetti (PI)** che, parlando degli esodati come del "frutto di una politica sbagliata da parte dell'ex ministro Fornero", ha auspicato che il nuovo governo sappia ora "evitare una guerra tra poveri accogliendo la sfida di una politica che sappia andare incontro alle necessità dei più bisognosi".

Giovanni Rodriguez



DENTISTI E FONDI INTEGRATIVI. PRADA (ANDI): "COSÌ NON VA. BISOGNA CAMBIARE L'ORGANIZZAZIONE"

L'Andi ha deciso "di affidare ad un gruppo di esperti una indagine presso l'Anti-trust proprio rispetto alle possibili turbative al mercato odontoiatrico determinate dai Fondi Sanitari Integrativi".

Da tempo - sottolinea l'Andi - il secondo pilastro della sanità pubblica, i Fondi integrativi, sono presentati come lo strumento che potrebbe dare delle risposte ai cittadini che hanno necessità di cure, odontoiatriche in particolare. Fino ad oggi lo spirito che ha guidato l'istituzione dei Fondi integrativi è stato disatteso: molto spesso sostituiscono e non integrano le prestazioni offerte dal Ssn".

"In questi anni - prosegue l'Associazione dei dentisti - i Fondi integrativi sono diventati parte integrante di molti contratti di lavoro sostituendo gli aumenti salariali: invece di aumentare lo stipendio l'azienda "offre" al lavoratore un pacchetto di prestazioni sanitarie più o meno gratuite. Tra queste anche quelle odontoiatriche: per lo più una seduta di

igiene orale, visita di controllo e cure semplici".

"I Fondi sono sicuramente, sulla carta, uno strumento utile sia per il cittadino che per noi liberi professionisti", commenta **Gianfranco Prada** Presidente nazionale ANDI. "Ma è verso la loro gestione che come Associazione avanziamo le nostre critiche".

In particolare sull'impossibilità per l'assistito di scegliere il professionista a cui affidarsi, di fatto è obbligato a rivolgersi ad un determinato professionista, e delle tariffe imposte che costringono il dentista aderente ad abbassare la qualità ed i tempi dedicati alla cura.

"Un sistema che, oggi, rappresenta - continua il Presidente Prada - una turbativa al mercato odontoiatrico obbligando i cittadini a rivolgersi al dentista convenzionato, e non a quello scelto, ed imponendo un tariffario di riferimento. Come mai per i liberi professionisti sono stati aboliti i tariffari minimi e per i gestori dei Fondi integrativi no?".

Su queste basi, ANDI ha deciso di affida-

re ad un gruppo di esperti una indagine presso l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato proprio rispetto alle possibili turbative al mercato odontoiatrico determinate dai Fondi Sanitari Integrativi.

"Se ci saranno le condizioni - dice il Presidente Prada - chiederemo all'Autorità di intervenire nei confronti dei gestori e i Fondi".

"Questo non vuole essere una battaglia contro i Fondi integrativi - precisa Prada - ma verso come questi sono gestiti. Una battaglia per tutelare la salute dei cittadini (una detartrasi a 15 euro non può essere erogata) e dei dentisti liberi professionisti. Proprio per questo come Associazione stiamo lavorando per proporre un sistema che possa permettere ai cittadini ed alle imprese di godere dei vantaggi fiscali derivanti dai Fondi Integrativi ottenendo cure odontoiatriche di qualità ed ai dentisti la certezza di poter contare su tariffari in linea con la qualità offerta".



ECCO LA MANO BIONICA CHE 'SENTE' GLI OGGETTI. CALDO, FREDDO, CONSISTENZA. COME UNA MANO VERA

Testata con successo in Italia la prima protesi in grado di trasmettere sensazioni tattili al cervello e di far manipolare gli oggetti con la giusta forza. E' frutto di una ricerca internazionale che vede capofila il nostro Paese. E in particolare il Gemelli e il Campus di Roma e il Sant'Anna di Pisa. I risultati pubblicati su *Science Translational Medicine*.

Ha funzionato! Per la prima volta al mondo la comunicazione tra cervello e mano artificiale è una realtà. Grazie a un complesso sistema di impulsi tra centro e periferia, è stato possibile realizzare la prima mano bionica indossabile capace di muoversi, ma anche di trasmettere sensazioni tattili e di "sentire" forma e consistenza degli oggetti presi. La sperimentazione che si chiama LIFE-HAND2 ed è frutto di un progetto internazionale che vede in prima linea il nostro paese. Ne hanno fatto parte medici e bioingegneri dell'Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma, dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dell'IRCSS San Raffaele di Roma. Fanno parte del gruppo l'Ecole Polytechnique di Losanna e l'Istituto IM-TEK dell'Università di Friburgo. L'eccezionalità della ricerca è stata pubblicata il 5 febbraio, sul nuovo numero della prestigiosa rivista *Science Translational Medicine*.

La storia inizia nel 2004 quando a Capodanno **Denis Aabo Sorensen**, danese di 36 anni, subì l'amputazione della mano sinistra, distrutta dallo scoppio di un petardo. Prima una protesi estetica, poi l'inizio della fase sperimentale della ricerca che in circa 10 anni ha consentito il ripristino sensoriale del sistema nervoso del paziente amputato, attraverso l'utilizzo dei segnali provenienti dalle dita sensorizzate della protesi. "Un'esperienza stupenda - racconta Dennis - che mi ha consentito di tornare a sentire la consistenza degli oggetti, capire se erano duri o morbidi e di avvertire come li stavo impugnando".

"Nel 2013 - dice il Prof **Eduardo Marcos Fernandez** neurochirurgo al Policlinico Gemelli di Roma - in un intervento durato più di 8 ore, abbiamo impiantato nei nervi mediano e ulnare del suo braccio, quattro sottilissimi elettrodi intraneurali, in modo da moltiplicare la loro possibilità di contatto con le fibre dei nervi e di conseguenza la loro capacità di comunicazione con il sistema nervoso centrale". In 8 giorni di esercizi, Dennis è stato in grado di riconosce-

re la consistenza di oggetti duri, intermedii e morbidi in oltre il 78% di prese effettuate. Nell'88% dei casi ha definito correttamente le dimensioni degli oggetti, localizzandone la posizione rispetto la mano, riuscendo a dosare con precisione non molto lontana da quella di una mano, la forza necessaria per applicarla.

"In sostanza - commenta **Paolo Rossini**, Direttore dell'Istituto di Neurologia dell'Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma - non abbiamo fatto altro che fare un'operazione ecologica ripristinando quello che c'è in natura. Quando c'è un'amputazione sappiamo che tutta una serie di fibre nei nervi del moncherino si degenerano. La nostra speranza era che fosse rimasta qualche traccia di sensibilità in modo da poterla collegare al cervello. Abbiamo verificato quello che poi è successo, ovvero il pieno controllo dei feedback provenienti dalla protesi, la preservazione della funzionalità e la riorganizzazione della neuro plasticità del suo cervello in modo da consentirgli il controllo della mano robotica. Ci sentiamo - aggiunge ancora Paolo Rossini - come i primi astronauti lunari che spinto, il bottone hanno fatto partire l'astronave da cui non si poteva tornare indietro".

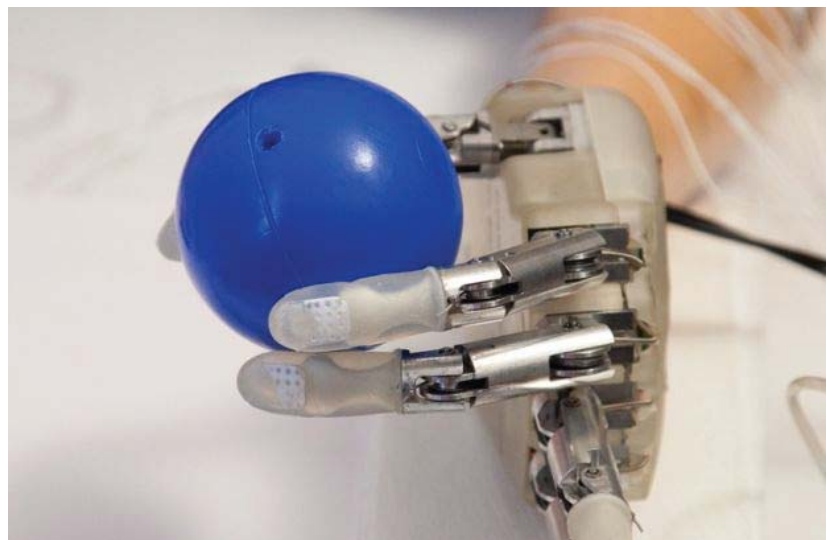
"La sperimentazione appena conclusa - dice a *Quotidiano Sanità*, il Prof **Eugenio Guglielmelli**, Direttore del Laboratorio di Robotica Biomedica dell'Università Campus Biomedico di Roma - apre importanti futuri scenari in quanto queste interfacce neurali consentono una via di comunicazione diretta e bidirezionale con il cervello e possono trovare applicazione in campi diversi da quella prote-

sica, penso alla riabilitazione e a tutte le tecnologie legate alla assistenza alla persona. Maggiore è la complessità di sensazioni e movimenti, più sarà importante definire algoritmi in grado di assegnare alcuni compiti al cervello e altri che possono essere delegati all'intelligenza artificiale montata sulla mano". E proprio sugli algoritmi ha lavorato il gruppo di lavoro coordinato dal Prof **Silvestro Micera**, docente di bioingegneria presso l'Istituto di Robotica della Scuola Superiore di Sant'Anna di Pisa e presso l'Ecole Polytechnique Federale di Losanna".

Questi algoritmi dice il Prof Micera, hanno la funzione di trasformare in un linguaggio comprensibile al cervello, le informazioni provenienti dalla mano artificiale. Il paziente - precisa Micera - ha svolto esercizi, bendato, riuscendo a modulare in tempo reale la forza e a riconoscere le varie proprietà di questi oggetti, grazie unicamente all'invio delle informazioni sensoriali dalla protesi al suo sistema nervoso. E' la prima volta che si realizza qualcosa di simile".

Finanziato dall'UE e dal Ministero della Salute Italiano, ente capofila l'IRCCS San Raffaele-Pisana di Roma, LifeHand2 è il proseguimento di un programma di ricerca iniziato 5 anni fa, che consentì la realizzazione della protesi biomeccanica Cyberhand in grado di rispondere, per la prima volta al mondo, ai comandi di movimento impartiti dal cervello al paziente, ma che non restituiva alla persona alcuna sensazione.

Emanuela Medi
Quotidianosanita.it





LA SPESA PRIVATA È PER I RICCHI

Sanità

n. 3 del 28 gennaio 2014

Squilibri regionali fondati sul reddito e non sull'inefficienza dei servizi

Le famiglie italiane hanno speso nel 2011 di tasca propria 28 miliardi per la salute, il 4% della spesa complessiva. Ma non per compensare carenze del servizio pubblico. A scattare la fotografia della spesa sanitaria privata è il Rapporto Oasi 2013 sul Sistema sanitario italiano, presentato alla Bocconi dal Cergas lo scorso 20 gennaio. Secondo il rapporto la classifica delle Regioni in cui si spende di più vede nelle primissime posizioni il Trentino Alto Adige con 707 euro pro capite nel 2011, il Veneto (666 euro), il Friuli Venezia Giulia (588 euro), l'Emilia-Romagna (564 euro) e la Lombardia (556 euro). Servizi sanitari regionali che difficilmente potrebbero essere considerati come i peggiori nel contesto nazionale, commenta il rapporto.

Se si mette tuttavia sotto la lente la spesa sanitaria privata delle famiglie - intesa come la quota di beni e servizi interamente a carico del cittadino fruitore - emergono secondo Oasi forti divari tra le Regioni. Differenze dovute non tanto, come comunemente si sostiene nei dibattiti sul tema, alla qualità dell'offerta pubblica, quanto al reddito di cui dispongono le famiglie.

La dimensione familiare e l'età sembrano spiegare i diversi livelli di spesa sanitaria. In particolare, la spesa sanitaria media pro capite aumenta con l'età della persona di riferimento e diminuisce con il numero di figli.

Un dato «medio» che potrebbe anche derivare dal fatto che al Sud, dove i redditi sono mediamente più bassi, vi è una maggiore incidenza di famiglie con più di 2 figli, circa il 25% della popolazione meridionale, mentre al Nord, l'incidenza è di circa il 15%. Una seconda spiegazione viene dalla «propensione a spendere per sanità», calcolata come rapporto tra la spesa sanitaria e la spesa generale delle famiglie, che si riduce all'aumentare del numero dei figli. I trend però si diversificano ulteriormente all'interno del «paniere». Dalla «visita dal dentista» (5,47 miliardi), che ha un andamento palesemente in linea con i «beni di lusso», alla spesa per «medicinali» (12,8 miliardi di euro), più simile nelle dinamiche del budget familiare alla spesa per beni primari (la spesa privata rappresenta il 20% della spesa sanitaria totale).

È interessante notare, che il 26% dei consumi privati per servizi sanitari alimenta il circuito pubblico, sia attraverso il copayment (ticket), sia attraverso

l'intramoenia. Il rimanente 74% dei consumi per servizi sanitari è in gran parte legato alla spesa per dentisti (5,4 miliardi di euro, che rappresenta il 60% dei consumi per servizi sanitari della componente privata). I beni (prodotti farmaceutici, altri prodotti medicali, attrezzature e apparecchi terapeutici) rappresentano un 56% della spesa sanitaria privata complessiva, di cui in questo caso solo l'8% confluisce nella componente pubblica. A queste voci si aggiungono poi la spesa per le assicurazioni private (1,33 miliardi) e quella per l'assistenza a disabili anziani non autosufficienti (1,49 miliardi).

Se una parte di questi «consumi» è riferibile alla concezione dell'healthcare, un'altra parte è invece sempre più vicina al concetto di wellbeing. Una trasformazione che, insieme allo spostamento dei bisogni dalle acuzie alla cronicità dettato dalle dinamiche demografiche, «estende i confini tradizionali del settore sanitario» rendendoli sempre più «sfumati, mobili e frastagliati».

In questa chiave, il gruppo di ricerca del

Cergas, ha analizzato le tendenze della spesa sanitaria privata dividendo i cittadini-pazienti in cluster di consumatori, i risultati della cluster analysis evidenziano quattro segmenti di famiglie.

Quelle che spendono in generale poco e che rappresentano il 79% del campione, ma solo il 27% della spesa sanitaria privata; quelle per le quali si rileva una spesa elevata solo per prestazioni dentali, che rappresentano il 4% del campione e il 17% della spesa; quelle che spendono molto per le malattie e che hanno elevati livelli di spesa per i due fattori relativi a farmaco e parafarmaco e accertamenti e visite mediche che rappresentano il 15% del campione e il 36% della spesa; e, infine, le famiglie alla ricerca del benessere, che spendono sopra la media e che, pur rappresentando solo il 2% delle famiglie, formano il 20% della spesa sanitaria privata.

Rosanna Magnano

La composizione della spesa sanitaria privata nel 2011 (mld €)

Aggregazione elementare (come da questionario indagine sui Consumi Istat)	
Ricoveri in cliniche od ospedali	0,23
Ricoveri in case di riposo, istituti di assistenza e simili	0,13
Pronto soccorso	0,02
Visita medica da medico generico o specialista (a domicilio, in ambulatorio, in clinica od ospedale)	3,73
Visita medica da dentista	5,47
Servizi ausiliari sanitari (infermieri, fisioterapisti, ginnastica correttiva ecc.)	0,68
Analisi cliniche (del sangue, delle urine ecc.)	1,06
Esami radiologici, ecografici, elettrocardiogramma ecc.	0,90
Cure termali	0,05
Medicinali (costo totale o ticket)	12,81
Termometri, siringhe, calze elastiche ecc.	0,62
Occhiali da vista e lenti a contatto, apparecchi pressione ecc.	1,51
Protesi, apparecchi acustici ecc.	0,50
Sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici	0,06
Noleggio attrezzature sanitarie	0,14
Spesa sanitaria totale delle famiglie (1)	27,92
Fonte: elaborazione Ocps su dati Istat (indagine sui consumi delle famiglie)	
(1) Il totale non è esattamente uguale alla somma delle singole voci in quanto queste sono state approssimate per eccesso.	



ISTAT. SPESA SANITARIA PRIVATA A 27,5 MILIARDI NEL 2013. IL 5,7% IN MENO DELL'ANNO PRECEDENTE

Calano i consumi degli italiani. E quelli sanitari più di tutti gli altri. Dopo il picco del 2011, quando si arrivò a 29,5 miliardi di spesa privata per la sanità, nel biennio successivo si è registrata una diminuzione in valori assoluti di quasi 2 miliardi di euro, pari al 6,8% in meno nei due anni.

La spesa delle famiglie per la sanità si conferma con cifre importanti ma spicca il dato sul calo rispetto al 2012. Nel 2013 è stata di 27,593 miliardi di euro, contro i 29,245 del 2012 e i 29,557 del 2011.

In un anno, quindi, il calo è stato del 5,7% (che arriva al 6,8% se si somma

anche la diminuzione del biennio 2012/2011). Quello dei consumi sanitari è il calo più vistoso tra i consumi delle famiglie, che sono scesi in media del 2,5%. Le voci più toccate dal calo dei consumi, oltre alla sanità, sono il vestiario e le calzature (-5,2%) e i mobili e gli elettrodomestici per la casa (-4,0%).

Consumi delle famiglie sul territorio economico - Valori concatenati - anno di riferimento 2005 (milioni di euro)

FUNZIONI DI CONSUMO	2009	2010	2011	2012 (a)	2013 (a)
Alimentari e bevande non alcoliche	122.116	122.672	121.238	117.901	114.297
Bevande alcoliche e tabacchi	21.801	21.639	21.449	20.544	19.876
Vestiario e calzature	64.537	66.781	67.337	60.751	57.564
Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili	177.509	179.309	178.857	177.739	177.734
Mobili, elettrodomestici e manutenzione della casa	59.634	62.323	61.909	58.563	56.233
Sanità	27.399	27.666	29.557	29.245	27.593
Trasporti	109.725	106.686	102.533	94.004	90.926
Comunicazioni	27.681	28.985	29.269	28.390	27.483
Ricreazione e cultura	65.843	69.421	70.730	67.451	65.331
Istruzione	8.178	8.187	8.174	7.955	7.774
Alberghi e ristoranti	84.774	85.611	86.400	84.947	83.204
Beni e servizi vari	84.918	88.672	89.988	86.492	84.178
Totale sul territorio economico	854.010	867.237	866.080	832.851	811.722
di cui : Beni	423.829	431.040	424.923	397.203	381.172
di cui: Servizi	429.818	435.841	440.680	435.013	429.959

Consumi delle famiglie sul territorio economico - Valori concatenati - anno di riferimento 2005 (variazioni % sull'anno prec.)

FUNZIONI DI CONSUMO	2009	2010	2011 (a)	2012	2013
Alimentari e bevande non alcoliche	-2,2	0,5	-1,2	-2,8	-3,1
Bevande alcoliche e tabacchi	-3,1	-0,7	-0,9	-4,2	-3,3
Vestiario e calzature	-6,3	3,5	0,8	-9,8	-5,2
Abitazione, acqua, elettricità, gas ed altri combustibili	1,3	1,0	-0,3	-0,6	0,0
Mobili, elettrodomestici e manutenzione della casa	-6,8	4,5	-0,7	-5,4	-4,0
Sanità	-2,2	1,0	6,8	-1,1	-5,7
Trasporti	-1,7	-2,8	-3,9	-8,3	-3,3
Comunicazioni	-0,3	4,7	1,0	-3,0	-3,2
Ricreazione e cultura	-0,2	5,4	1,9	-4,6	-3,1
Istruzione	1,1	0,1	-0,2	-2,7	-2,3
Alberghi e ristoranti	-0,3	1,0	0,9	-1,7	-2,1
Beni e servizi vari	-3,3	4,4	1,5	-3,9	-2,7
Totale sul territorio economico	-1,8	1,5	-0,1	-3,8	-2,5
di cui : Beni	3,3	1,7	1,4	6,5	6,5
di cui: Servizi	0,3	1,4	1,1	1,3	1,2



INFERMIERI STANCHI, PAZIENTI A RISCHIO

PIÙ
Sanità

n. 8 del 4 marzo 2014

Pochi operatori con troppo lavoro aumentano il rischio di mortalità a 30 giorni del 7%

Il decorso post operatorio e la vita dei pazienti sono a rischio se nel reparto ci sono pochi infermieri che lavorano troppo. È quanto ha stabilito la più grande indagine europea condotta fino a oggi su 420mila pazienti in 300 ospedali di 9 Paesi Ue. Secondo il lavoro, guidato dall'University of Pennsylvania of Nursing (Usa) e pubblicato su Lancet, ogni paziente aggiunto alla quantità media di lavoro di un infermiere può aumentare del 7% la probabilità che i malati non sopravvivano entro 30 giorni dal ricovero. Mentre un aumento del 10% del personale in possesso di una laurea è associato a una diminuzione del 7% del rischio di decesso dei pazienti.

«I nostri risultati - sottolinea Linda Aiken dell'University of Pennsylvania School of Nursing - sottolineano un rischio per i pazienti che potrebbe emergere con i tagli al personale infermieristico, una delle conseguenze delle recenti misure di austerità in alcuni Paesi Ue. E - aggiunge - suggeriscono di dare maggior spazio negli ospedali a chi è in possesso di una laurea, che abbiamo visto influisce nel ridurre le morti in ospedale».

I ricercatori hanno analizzato le risposte di oltre 26.500 infermieri a un questionario e le cartelle cliniche di 422.730 pazienti (over 50) di nove Paesi Europei (Belgio, Inghilterra, Finlandia, Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia,

Spagna, Svezia e Svizzera) dimessi dopo un intervento di chirurgia generale. Dalla protesi dell'anca o del ginocchio a un'appendicectomia, fino alle procedure vascolari.

L'analisi dei dati ha esaminato l'associazione del carico di lavoro per la cura e l'assistenza degli infermieri con i risultati ottenuti dal paziente nel post operatorio. Un calcolo che ha tenuto conto anche di molte variabili legate al ricoverato: età, sesso, tipo di procedura chirurgica, presenza di condizioni croniche come l'ipertensione o il diabete.

Secondo i ricercatori, la percentuale complessiva di pazienti deceduti in ospedale entro 30 giorni dal ricovero è bassa, variando entro una media che va dall'1 al 5 per cento. Tuttavia, in ogni Paese, i tassi di mortalità cambiano notevolmente tra i singoli ospedali: in alcune strutture è deceduto meno dell'1% dei pazienti, ma in altre si può arrivare oltre il 7% di decessi. I risultati - suggeriscono i ricercatori - dimostrano che chi è ricoverato in ospedale per un'operazione, ha un più alto rischio di decesso dopo l'intervento se gli infermieri del reparto hanno bassi livelli d'istruzione e seguono troppi pazienti.

A esempio - riporta la ricerca - nelle strutture dove gli infermieri si occupano in media di sei pazienti a testa e la percentuale di chi è laureato è oltre il 60%, il rischio di decessi ospedalieri è inferiore di quasi il 30% rispetto alle strutture in cui i colleghi si occupano

(in media) di otto pazienti e in cui solo il 30% degli infermieri ha una formazione di alta qualità.

Secondo Alvisa Palese dell'Università di Udine e Roger Watson dell'Università di Hull (Gb) «questo studio fornisce le prove a favore di un rapporto infermiere-paziente più appropriato e anche il supporto ai decisori affinché venga rafforzata l'istruzione universitaria degli infermieri. Questi risultati - avvertono i due esperti - dovrebbero essere utilizzati per fare pressione sulle scelte della politica nelle decisioni che riguardano l'assistenza sanitaria o il modo in cui vengono attuate quelle giuste nella pratica quotidiana degli ospedali. Temiamo - concludono - che le prove raccolte dallo studio non saranno valutate nella giusta ottica perché, purtroppo, hanno un costo per il sistema».

Paolo Del Bufalo



Per informazioni



Emilia Romagna
CNA Benessere e Sanità

Daniele Dondarini

Responsabile CNA Benessere e Sanità Emilia Romagna

Via Rimini, 7—40128 Bologna

tel. 051/21.33.124—Fax 051/7459532

E-mail: benesseresanita@cnaemiliaromagna.it

www.cnaemiliaromagna.it



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento