



LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA: NUOVA FATTISPECIE DI STUDIO ODONTOIATRICO

La Regione Emilia-Romagna libera gli odontoiatri dall'obbligo di associarsi, nel caso di più operatori all'interno dello stesso studio: questo il contenuto della Delibera di Giunta che integra la disposizione regionale vigente (DGR 2520/2004, Allegato II) che regola l'apertura degli studi odontoiatrici singoli o associati.

La **novità principale** è costituita dall'introduzione di una **nuova fattispecie di studio odontoiatrico**, in cui oltre al professionista titolare dello studio odontoiatrico, **possano operare uno o più odontoiatri, senza il vincolo dell'associazione**, alle condizioni indicate di seguito:

- l'**odontoiatra titolare** dello studio e delle relative autorizzazioni assume su di sé la **responsabilità tecnico-organizzativa dello studio**;

- la **responsabilità professionale** resta in capo ai singoli professionisti;



- l'odontoiatra titolare dell'autorizzazione e gli odontoiatri che operano nel medesimo studio, devono inviare **comunicazione congiunta al Sindaco e all'Azienda USL**, Dipartimento di Sanità Pubblica, affinché gli Enti possano programmare eventuali attività di valutazione e di controllo. Detta comunicazione deve indicare gli estremi dell'autorizzazione (titolare dell'autorizzazione atto/i del Comune di... n... del...) ed allegare le procedure operative concordate e sottoscritte dagli odontoiatri attivi nello studio con evidenza della responsabilità tecnico-organizzativa dell'odontoiatra titolare dell'autorizzazione dello studio, al fine di assicurare il rispetto dei requisiti dettati dalla citata DGR 2520/04;

- l'odontoiatra titolare dello studio deve predisporre opportune **modalità di comunicazione agli utenti** dichiarando il proprio nominativo in quanto titolare delle relative autorizzazioni ed i nominativi dell'altro/altri odontoiatri che operano nel medesimo studio.



Sommario:

La Regione Emilia-Romagna nuova fattispecie di studio odontoiatrico	1
Spesa SSN: frenano personale, medicina generale e beni e servizi	2
Professioni: fabbisogno—10%	3
In vigore l'obbligo di polizza per Rc professionale	4
Il DL Balduzzi e la "colpa lieve"	4
Consenso informativo è fondamentale elemento di protezione del paziente	4
Liberalizzata la pubblicità sanitaria: l'AGCM sanziona la FNOMCEO	5
Odontoiatria: sentenza rivoluzionaria in materia di autorizzazioni	6
Poca odontoiatria per i più piccoli	7
L'approfondimento Fondi integrativi sanitari. A che punto siamo?	8-10
I cittadini esclusi dal sistema pubblico? Devono pagare di tasca propria	11
Pubblico impiego. La proposta di Proia: "un comparto speciale per professionisti della salute"	12-13
Privacy colabrodo in sanità	14
La bio-milza anti setticemia	15
Patto salute. Lorenzin: "i nuovi LEA slittano a fine anno"	16



SPESA SSN: FRENANO PERSONALE, MEDICINA GENERALE E BENI E SERVIZI

Sanità

n. 22 del 10 giugno 2014

Nel 2013 la spesa per il personale continua a calare e così la spesa per l'assistenza ospedaliera e quella per i servizi sanitari offerti dagli operatori pubblici. Si tratta delle prestazioni «da produttori non market», che segna lo scorso anno complessivamente il -0,3 per cento.

Ma singolarmente per le varie voci di spesa la situazione è diversa secondo l'analisi del rapporto sulla finanza pubblica 2014 della Corte dei conti. La spesa per il personale dipendente è ulteriormente diminuita dell'1,2% mentre i consumi intermedi rimangono sostanzialmente stabili (+0,2%). Una dinamica che riflette secondo il rapporto anche nel 2013 la scelta delle Regioni di ricorrere alla distribuzione diretta dei farmaci per un controllo complessivo della spesa. Sull'evoluzione degli oneri per il personale incidono invece il blocco del turnover nelle Regioni in piano di rientro e le politiche di contenimento delle assunzioni per le Regioni non in piano. E anche, «favorevolmente» gli effetti di contenimento della spesa per l'obbligo per le Regioni di garantire con accantonamenti ad hoc la copertura integrale degli oneri che derivano dai rinnovi contrattuali. Questo ha comportato secondo la Corte una «maggiore congruità nella valutazione dei relativi costi» e una «riduzione delle sopravvenienze passive di rilevante entità negli esercizi finanziari successivi a quello della sottoscrizione del contratto». Per quanto riguarda la spesa per consumi intermedi, pesano le misure di contenimento adottate negli ultimi esercizi, che comportano:

- una riduzione del 10% della spesa per l'acquisto di beni e servizi e dei corrispondenti volumi di acquisto per tutta la durata residua dei contratti già stipulati, con la possibilità per le Regioni di adottare misure alternative di contenimento della spesa, «nel rispetto degli obiettivi programmati e dell'equilibrio finanziario», e l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare i contratti (ed eventualmente recedere) se i prezzi unitari siano superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento;

- la fissazione di un tetto alla spesa per dispositivi medici al 4,8% del livello di finanziamento del Ssn a cui concorre lo Stato (4,4% dal 2014);

- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera dal 2,4

al 3,5%, con la fissazione al 50% della quota di ripiano dello sfondamento del tetto a carico delle aziende farmaceutiche, mentre il restante 50% del disavanzo resta a carico delle Regioni nelle quali è superato il tetto di spesa, in proporzione dei rispettivi disavanzi.

Per quanto riguarda la spesa dei produttori market, al risultato complessivo (una spesa sostanzialmente stazionaria rispetto al 2012) contribuisce secondo la Corte soprattutto la riduzione della farmaceutica (-3%), sulla quale influiscono l'aumento della compartecipazione a carico dei cittadini (+2% rispetto al 2012), sia nelle Regioni in piano di rientro che nelle altre, la riduzione del prezzo medio dei farmaci (-5%), il potenziamento del monitoraggio delle prescrizioni attraverso il sistema Tessera sanitaria e le misure di contenimento varate negli anni precedenti.

Tra queste la Corte sottolinea la rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica territoriale (voce «in cui confluisce la spesa farmaceutica convenzionale») dal 13,1% del finanziamento del 2012 all'11,35% del 2013 e la modifica del meccanismo di ripiano dell'eventuale sfioramento della spesa. In riduzione anche la spesa per l'assistenza medico-generica (-0,7%), mentre aumenta la spesa per altre prestazioni (che comprendono la specialistica, l'ospedaliera convenzionata, la riabilitativa e altra assistenza) del +1,4 per cento.

«Tutto questo nonostante - si legge nel

rapporto della Corte dei conti - la prevista riduzione in misura percentuale fissa (1% rispetto al valore registrato a consuntivo nel 2011) degli importi e dei volumi degli acquisti da erogatori privati prevista dal Dl 95/2012 e, più in generale, la migliore regolazione, anche nelle Regioni in disavanzo, dell'accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget, e la tendenza a trasferire gli oneri di carattere socio-sanitario al di fuori della sanità». Per quanto riguarda la specialistica, un effetto di contenimento della spesa è anche dovuto alla reintroduzione dei ticket. Le altre componenti di spesa evidenziano, infine, una riduzione dell'1,1 per cento. Il rapporto della Corte dei conti fa poi una proiezione della spesa per le varie funzioni nel 2014. Per quest'anno il complesso dei redditi da lavoro dipendente è previsto in crescita solo dello 0,1%. Una variazione basata sui dati del costo del personale rilevati al IV trimestre del 2013 e sul limite al riconoscimento di incrementi retributivi stabilito dalla legislazione vigente.

Per i consumi intermedi, sono invece previsti aumenti del 3,8% rispetto al 2013.

Su questo andamento incidono in riduzione, secondo la Corte, le misure di contenimento della spesa del Dl 98/2011, Dl 95/2012 e della legge 228/2012 (Legge stabilità 2013). Produce un aumento, invece, l'incremento dell'aliquota Iva al 22 per cento. La spesa dei produttori market aumenta complessivamente del 2%. All'interno dell'aggregato la previsione per la

(Continua a pagina 3)

Nel 2014 sono previsti aumenti su farmaceutica e consumi intermedi

La spesa voce per voce: quattro anni a confronto

	2010	2011	2012	2013	'11/'10	'12/'11	'13/'12
Prestazioni sociali in natura	104.711	103.135	101.590	101.269	-1,5	-1,5	-0,3
Beni e servizi prodotti da produttori market	41.316	40.206	39.230	39.246	-2,7	-2,4	0,0
Farmaci	10.913	9.862	8.905	8.637	-9,6	-9,7	-3,0
Assistenza medico-generica	6.984	6.724	6.714	6.669	-3,7	-0,1	-0,7
Assistenza medico-specialistica	4.542	4.687	4.778	4.751	3,2	1,9	-0,6
Assistenza ospedaliera in case di cura private	9.449	9.373	9.127	9.146	-0,8	-2,6	0,2
Assistenza protesica e balneotermaie	3.940	4.093	3.970	3.979	3,9	-3,0	0,2
Altra assistenza	5.488	5.467	5.736	6.064	-0,4	4,9	5,7
Servizi prodotti da produttori non market	63.395	62.929	62.360	62.023	-0,7	-0,9	-0,5
Assistenza ospedaliera in case di cura private	49.602	49.269	48.929	48.642	-0,7	-0,7	-0,6
Altri servizi territoriali	13.793	13.660	13.431	13.381	-1,0	-1,7	-0,4
Contribuzioni diverse, servizi amministrativi e altre uscite	7.815	7.959	8.021	7.985	1,8	0,8	-0,4
Uscite totali	112.526	111.094	109.611	109.254	-1,3	-1,3	-0,3
Servizi prodotti da produttori non market:	63.395	62.929	62.360	62.023	-0,7	-0,9	-0,5
<i>di cui:</i>							
• Redditi da lavoro dipendente	35.449	34.185	33.673	33.280	-3,6	-1,5	-1,2
• Consumi intermedi	25.220	26.127	26.375	26.440	3,6	0,9	0,2
• Ammortamenti	2.276	2.357	2.372	2.377	3,6	0,6	0,2



PROFESSIONI: FABBISOGNO — 10%

Sul filo di lana della scadenza per la pubblicazione del decreto (entro il 30 giugno, almeno 60 giorni prima della data di esame fissata il 3 settembre) la Stato-Regioni della scorsa settimana ha approvato il fabbisogno per le professioni sanitarie: 28.646 posti a bando secondo la richiesta delle Regioni, contro i 31.748 dello scorso anno, con una flessione di 3.102 unità, il 10% circa. Fatta eccezione per Lombardia, Umbria, Campania e Sardegna. Un "lavoro" che avrebbe dovuto in realtà concludersi a livello di Regioni e ministero della Salute entro il 30 aprile secondo le scadenze fissate dal Dlgs 502/1992.

Il fabbisogno è diminuito in tutte le Regioni, mentre resta costante solo in Valle d'Aosta. Le flessioni più significative sono in Calabria (-30,7%), Lazio (-30,5%), Molise (-28%), Friuli Venezia Giulia (-21,7%) e Veneto (-19,9%). E la flessione riguarda tutte le professioni a eccezione di quelle di podologo (+28), logopedista (+12) e tecnico audioprotesista (+19 unità).

I cali maggiori in termini assoluti si registrano nelle professioni di infermiere (-1.629 unità), tecnico sanitario di radiologia medica (-329 unità dopo il taglio in seconda battuta dei posti nel Lazio), tecnico sanitario di laboratorio biomedico (-263 unità, sempre dopo la riduzione del Lazio) tecnico della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro (-197 unità) e ostetrica (-161 unità). Quelli relativi sono per tecnico ortopedico (-32,2%), terapista della neuro e psicomotricità evolutiva (-19,5%) e igienista dentale (-16,2%).

L'iter, dopo che la Stato-Regioni ha determinato il fabbisogno profilo per

profilo, prevede ora che il tutto vada al ministero dell'Università che tramite l'apposito gruppo di lavoro decide la ripartizione finale dei posti per ogni Ateneo (la convocazione è già fissata per il 19 giugno).

I criteri del gruppo per il fabbisogno finale sono gli stessi degli anni scorsi: accogliere l'offerta potenziale formativa definita da tutte le Università se questa è a livello nazionale al di sotto del fabbisogno professionale; ridurla se invece risulta superiore al fabbisogno nazionale, anche in base agli sbocchi occupazionali di ogni singola professione. Poi assicurare la numerosità minima di 10 posti a ogni corso per evitare diseconomie. Ma c'è un altro criterio, sostenuto soprattutto dalle categorie, secondo cui in caso di differenza per esubero e per carenza dell'Università rispetto a Regioni e categorie, sarebbe opportuno allineare la determinazione del fabbisogno formativo sul calcolo della media tra Regioni e categorie. Questo, anche in base sempre al Dlgs 502/1992 che dà quattro punti di riferimento: obiettivi assistenziali Lea; modelli organizzativi dei servizi; offerta di lavoro; domanda di lavoro, considerando il numero dei disoccupati. Ne deriva che la quantificazione del fabbisogno formativo è di competenza della Salute che si avvale delle Regioni e delle categorie per definire quanti soggetti ammettere e all'Università spetta solo la ripartizione fra i vari Atenei del totale dei posti stabiliti per ogni professione, tenendo ovviamente conto dei rispettivi potenziali formativi delle varie Università su ogni singolo corso di studi.

Il Sole
Sanità

n. 23 del 17 giugno 2014



REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:

BREVIGLIERI CRISTINA (CNA Bologna)

Tel. 051 299287

FRANCESCONI DANIELE (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

VALENTINI JIMMY (CNA Ravenna)

Tel. 0544 298634

TAGLIAFICHI GIUSEPPINA (CNA Piacenza)

Tel. 0523 572211

SEGUE DA PAG.2

farmaceutica è di un aumento dell'1,5% per le modifiche al regime «disposto dalle misure prima ricordate e dell'abbassamento del tetto stabilito per la farmaceutica territoriale all'11,35 per cento». La medicina di base è prevista in aumento dello 0,1% «risentendo degli effetti dei limiti agli incrementi retributivi al personale convenzionato con il Ssn».

Le altre prestazioni in convenzione presentano una variazione del +3,4% per gli effetti delle misure di contenimento della spesa e, in particolare, della riduzione del 2% rispetto al valore 2011 degli importi e dei volumi degli

acquisti da erogatori privati, gli effetti della non applicabilità - per la sentenza n. 187/2012 della Corte costituzionale - dell'introduzione di misure di compartecipazione alla spesa per un importo pari a 2 miliardi dal 2014 (i ticket sono portati in riduzione del livello di spesa). Nella stima della Corte sono infine inclusi i maggiori costi (82 milioni per quest'anno) per il finanziamento a carico dello Stato delle attività dei Policlinici universitari e degli ospedali non statali.

Per le altre componenti di spesa (5 miliardi nel 2014) è previsto un aumento del 6,7 per cento.





IN VIGORE L'OBBLIGO DI POLIZZA PER RC PROFESSIONALE

È vigente l'obbligo di RC Professionale. L'obbligo coinvolge oltre 200 mila professionisti. In difetto, la legge prevede la sanzione disciplinare. Dal 14 agosto tutti i liberi professionisti della sanità, iscritti al rispettivo Ordine sono tenuti a sottoscrivere una polizza per danni causati a terzi nell'esercizio professionale.

Definitivamente convertito in legge, il Decreto di Riforma della Pubblica Amministrazione ha sdoganato l'obbligo di assicurazione per responsabilità civile professionale; il **provvedimento** (Riforma Madia) esonera solo i singoli medici dipendenti del Ssn (salvo i casi di esercizio professionale in regime di libera professione). L'obbligo coinvolge invece le strutture sanitarie pubbliche e circa 200 mila sanitari privati fra odontoiatri, medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, pediatri, medici veterinari, ostetriche e infermieri che lavorano nella sanità privata.

Così recita la Riforma Madia: "A ciascuna azienda del Servizio sanitario nazionale (SSN), a ciascuna struttura o ente privato operante in regime autonomo o accreditato con il SSN e a ciascuna struttura o ente che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi è fatto obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale".

"A tutela del cliente"-Dopo due anni di

proroga, entra così in vigore l'obbligo introdotto dal Governo Monti con il **D.P.R. 137/2012** del 7 agosto 2012 il *Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali*, secondo quanto disposto dalla legge n. 148/2011 in base alla quale- 'a tutela del cliente- il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.

Obbligo e sanzionabilità- All'articolo 5 il DPR 137/2012 disciplina così l'obbligo di assicurazione: " Il professionista e' tenuto a stipulare, anche per il tramite di convenzioni collettive negoziate dai consigli nazionali e dagli enti previden-

ziali dei professionisti, idonea assicurazione per i danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva".

La violazione delle predette disposizioni costituisce "illecito disciplinare", che sarà valutato dall'Ordine professionale di competenza.

IL DL BALDUZZI E "LA COLPA LIEVE"

La norma introdotta dall'ex Ministro della Salute Renato Balduzzi (articolo 3 comma 1 della **legge n. 189/2012**) ha disposto: «L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla **comunità scientifica** non risponde penalmente per colpa lieve. La Corte Costituzionale ha **confermato** la legittimità costituzionale della norma. Nel caso di "colpa lieve", l'esercente la professione sanitaria non risponde *penalmente* ma *civilmente* ai sensi dell'articolo 2043 del

codice civile (Risarcimento per fatto illecito). Il giudice, "anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta" del sanitario che abbia seguito buone prassi e linee guida.



CONSENSO INFORMATIVO È FONDAMENTALE ELEMENTO DI PROTEZIONE DEL PAZIENTE

Il fondamento del consenso informato viene ad essere configurato come elemento strutturale dei contratti di protezione, quali sono quelli che si concludono nel settore sanitario. In questi gli interessi da realizzare attengono alla sfera della salute in senso ampio. Di conseguenza, l'inadempimento del debitore della prestazione di garanzia è idonea a ledere diritti inviolabili della persona, cagionando anche pregiudizi non patrimoniali.

L'informazione esatta sulle condizioni e sui rischi prevedibili di un intervento chirurgico o su un trattamento sanitario

per accertamenti in prevenzione o in preparazione, se costituisce di per sé un obbligo o dovere che attiene alla buona fede nella formazione del contratto ed è elemento indispensabile per la validità del consenso che deve essere consapevole, al trattamento terapeutico e chirurgico, è inoltre un elemento costitutivo della protezione del paziente con rilievo costituzionale.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net





LIBERALIZZATA LA PUBBLICITÀ SANITARIA: L'AGCM SANZIONA LA FNOMCEO

29 settembre 2014 - Decisione storica – e molto attesa – questa dell'AGCM sulla pubblicità sanitaria.

Con provvedimento 25078/2014 (pubblicato sul Bollettino 37/2014) l'AGCM ha stabilito che **le norme in materia di pubblicità sanitaria contenute** nel precedente Codice Deontologico – ed altresì **nel nuovo codice approvato a Maggio 2014 – violano la legge 248/2006 ed i principi comunitari della concorrenza**. Cioè sono formulate in maniera tale da consentire agli ordini professionali (in particolare alle CAO perché i casi analizzati sono tutti di odontoiatria) di aprire “strumentalmente” procedimenti disciplinari attraverso i quali limitare e boicottare la pubblicità. E quindi la lecita concorrenza tra i professionisti. Sanzione pesantissima per la FNOMCeO: € 831.816,00 e l'obbligo di attivare immediatamente misure atte a porre termine all'infrazione. Vale a dire: modificare il codice deontologico nella parte che riguarda la pubblicità, liberalizzandola.

E sotto questo profilo **l'AGCM stabilisce con grande precisione quali limitazioni sono da considerare contrarie alla concorrenza** e vanno quindi rimosse.

Qui un elenco sintetico degli input dati dall'AGCM:

- Come noto il Codice Deontologico prevedeva solo la possibilità di “pubblicità informativa” mentre vietava quella “promozionale”. Secondo l'Autorità tale divieto di “pubblicità promozionale” è da considerarsi illegittimo se si considera che scopo della pubblicità è proprio la promozione dei servizi offerti da un professionista. Sul punto si richiama anche la Direttiva 2000/31/CE dell'8 giugno 2000 definisce come “comunicazioni commerciali”, all'articolo 2, lettera f), “tutte le forme di comunicazione destinate a promuovere, in modo diretto o indiretto, beni, servizi, o l'immagine di un'impresa, di un'organizzazione o di una persona che svolge un'attività commerciale, industriale o artigianale o una libera professione.” **Da ora in avanti, quindi, la pubblicità promozionale potrà essere realizzata.**

- Ancora più forte poi la **piena apertura proposta dall'AGCM in materia di “pubblicità comparativa”**, che oggi è totalmente vietata dall'articolo 56, comma 2, del Codice di deontologia medica 2006. Secondo l'AGCM tale forma di pubblicità va invece considerata legittima “se si considera che tale forma di promozione è, per sua natura, finalizzata alla valorizzazione degli elementi che

differenziano il servizio pubblicizzato e ha quindi un contenuto tipicamente informativo”. Qui l'Autorità richiama la Commissione europea che nella propria Relazione del 2004, ha affermato come sia “*ampiamente riconosciuto che la pubblicità, ed in particolare la pubblicità comparativa, può essere uno strumento di concorrenza fondamentale per le nuove imprese che fanno il loro ingresso nel mercato e per le imprese esistenti che lanciano nuovi prodotti*”.

- Ma la parte più interessante della decisione è senza dubbio quella che riguarda il parametro del “**decoro professionale**”. L'AGCM critica la circostanza che tale parametro sia stato inserito nell'articolo 56 del Codice di deontologia medica 2006 come clausola generale cui deve conformarsi la pubblicità, **senza fornire criteri che concorrono a individuare chiaramente l'esatto contenuto prescrittivo**, rendendolo in tale modo suscettibile di interpretazioni e applicazioni ingiustificatamente restrittive. Ma si spinge anche oltre ricordando che come già evidenziato dall'Autorità nella citata IC34, in conformità con i principi antitrust, “*nel settore dei servizi professionali, la nozione di decoro dovrebbe essere inserita nei codici di autoregolamentazione esclusivamente come principio generale che incentivi la concorrenza tra professionisti, al fine di rafforzare i doveri di correttezza professionale*”, trattandosi di una nozione che dovrebbe “*mirare a salvaguardare l'etica professionale, ossia a garantire il corretto espletamento della professione*” ed essere “*utilizzata nei codici di condotta come principio generale dell'agire del professionista, potendo essere volta, a titolo esemplificativo, a garantire lo svolgimento diligente ed esaustivo delle prestazioni professionali richieste, la coscienziosa preparazione tecnica, la disponibilità all'aggiornamento continuo anche dei collaboratori e dipendenti, l'efficiente organizzazione del team professionale, la correttezza professionale nei confronti dei colleghi e degli utenti*”. Al contrario secondo l'AGCM non dovrebbe essere invece associata ad aspetti economici della professione (come la pubblicità) poiché in questo caso “*il rischio è che i principi di etica professionale vengano utilizzati non per la tutela di interesse generali, ma per la difesa di posizioni acquisite*”. Del resto, né il Legislatore della 248/2006 né quello del D.P.R. n. 137/12 hanno ritenuto necessario richiamare il parametro del “decoro professionale” in relazione alla pubblicità dei servizi professionali, rite-

nendo sufficiente, per tutelare gli interessi generali di protezione dei consumatori e di sanità pubblica, prescrivere che essa sia “*funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non dev'essere equivoca, ingannevole o denigratoria*”.

- Passando al tema tariffe, come si ricorderà il punto 5 Linee Guida stabiliva che le stesse potevano essere comunicate solo se pubblicizzate insieme ad altri elementi. Secondo l'AGCM tale previsione costituisce un'ingiustificata limitazione delle modalità con cui un professionista può promuovere i servizi offerti. Al contrario **l'Autorità reputa che il prezzo da solo possa costituire un importante elemento informativo** nella determinazione delle scelte dei consumatori, nonché una primaria leva del processo concorrenziale, come del resto già riconosciuto dall'articolo 2 del D.L. n. 223/06 (“*[...] nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni [...]*”). Anche la suddetta disposizione deontologica ha pertanto un oggetto restrittivo della concorrenza.

Da ultimo l'AGCM svolge una serie di valutazioni sul nuovo Codice Deontologico maggio 2014.

Nonostante la FNOMCeO avesse sostenuto nelle proprie difese che quest'ultimo doveva considerarsi in linea con i dettami della concorrenza, l'Autorità ha ritenuto invece che sia necessario un ulteriore sforzo di liberalizzazione.

Più esattamente l'AGCM rileva infatti che, seppure sia stato eliminato dall'articolo 56 il parametro del “decoro professionale”, sono stati però introdotti, al secondo comma, una serie di parametri alcuni dei quali molto generici e non previsti dalla vigente normativa [la pubblicità sanitaria dovrebbe essere “*prudente, obiettiva, pertinente*”] e pertanto potenzialmente suscettibili di una applicazione restrittiva della concorrenza.

Inoltre, pur essendo stato eliminato dall'articolo 56 il divieto di “pubblicità promozionale”, è ancora previsto, al terzo comma, un generale divieto di pubblicità comparativa che va invece eliminato.

Secondo l'AGCM occorre quindi che la FNOMCeO rimetta mano al Codice deontologico e riscriva le regole sulla pubblicità.

Silvia Stefanelli

STEFANELLI & STEFANELLI
STUDIO LEGALE



ODONTOIATRIA: SENTENZA RIVOLUZIONARIA IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONI

STEFANELLI & STEFANELLI STUDIO LEGALE

31 luglio 2014 - TAR LAZIO 21/07/2014 n. 7784. Dopo la Cassazione 10207/2013 (c.d. sentenza Bacalini), i giudici del Tar Lazio spazzano via 15 anni di regime autorizzativo per studi e strutture odontoiatriche.

Andiamo per ordine.

Una società (la Desal Dentist s.r.l.) che gestisce una struttura odontoiatrica nel Comune di San Cesario acquista nel 2008 un ramo di azienda avente ad oggetto l'attività odontoiatrica della Galeo s.r.l. (anch'essa titolare di autorizzazione sanitaria dal Comune di San Cesario).

La Desal chiede quindi la voltura dell'autorizzazione sanitaria.

La Regione rimane inerte.

Stante tale silenzio della pubblica amministrazione, la società decide di provvedere al completamento della procedura di conferma dell'autorizzazione tramite la piattaforma SASS (specifica procedura della Regione Lazio in forza del decreto commissariale n. 38 del 2012).

Nell'ottobre 2013 la Regione diffida la ricorrente a cessare l'attività sanitaria presso l'ambulatorio odontoiatrico e a chiudere la struttura in carenza della necessaria voltura.

La questione finisce allora davanti al TAR.

E qui cominciano gli aspetti interessanti. La Desal infatti, tra gli altri aspetti, sostiene che (in ogni caso) la voltura dell'autorizzazione non avrebbe dovuto neppure essere chiesta in quanto deve ritenersi obbligatoria solo per le strutture che svolgono prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente (e che la struttura odontoiatrica in causa non rientra in nessuna delle tre fattispecie).

E il TAR dà ragione alla società. Si legge in sentenza:

"...l'attività di odontoiatra svolta, in regime privatistico, presso la Desal Dentist s.r.l. non aveva bisogno di alcuna autorizzazione atteso che la stessa era espletata senza procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente"

e ancora:
"...nella specie non era necessaria l'autorizzazione all'esercizio dell'attività odontoiatrica non avendo la Regione motivato, nel provvedimento impugnato, il diniego con riferimento all'utilizzo, da parte della società Desal, di macchi-



nari e procedure che comportino rischi per i clienti.."

Secondo i giudici infatti l'interpretazione della Regione Lazio secondo cui l'art. 8 dLgs 502/92 sottoporrebbe ad autorizzazione qualsiasi struttura odontoiatrica (studio e ambulatori) *"...non trova infatti conferma nelle disposizioni di legge statale e regionale, le quali prevedono l'autorizzazione soltanto in presenza di ulteriori condizioni di fatto, rappresentate in particolare dalla previsione che l'attività medica comporti un rischio per la sicurezza del paziente (Cass. civ., sez. II, 30 aprile 2013, n. 10207)..."*

Peraltro secondo i giudici l'art. 193 T.u.II.ss., secondo cui "nessuno può aprire o mantenere in esercizio ambulatori, case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, gabinetti di analisi per il pubblico a scopo di accertamento diagnostico, case o pensioni per gestanti, senza speciale autorizzazione del prefetto, il quale la concede dopo aver sentito il parere del consiglio provinciale di sanità" non può di per sé essere fondante dell'obbligo di autorizzazione tout court ma deve essere oggi letto congiuntamente con la disposizione speciale dettata dall'art. 8 ter, d.lgs. n. 502 del 1992.

Ne consegue quindi che l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie di cui al citato art. 193 è richiesta solo "per gli studi odontoiatrici (ed in genere, di medici e di altre professioni sanitarie) ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comporti-

no un rischio per la salute del paziente. E a questo punto sorge spontanea la domanda: **quali sono allora i casi in ambito odontoiatrico nei quali occorre l'autorizzazione?**

Qui la sentenza sembra avere una portata ancora più dirimpente. I giudici affermano infatti che: *"...non sembra attività pericolosa quella relativa alla endodonzia e alla implantologia, rientrando tra le prestazioni correntemente effettuate dal dentista, diverso discorso va fatto per la chirurgia, che può essere svolta a diversi livelli ed essere dunque o no pericolosa a seconda degli interventi eseguiti..."* Sempre sul punto, i giudici richiamano la precedente sentenza TAR Lazio 7358/2011 che ha invece valutato la necessità dell'autorizzazione in ragione della presenza di apparecchiatura radiologica.

Da ultimo la sentenza afferma che, peraltro, è la pubblica amministrazione sanitaria a dover "provare" la pericolosità e quindi la "necessità" dell'autorizzazione.

Un commento finale.

E' pacifico che le sentenze non sono legge e che la decisione commentata potrebbe, se impugnata, venir "rovesciata" davanti al Consiglio di Stato.

Vero è, però, che interviene dopo la Cassazione 30 aprile 2013 n. 10207 (c.d. sentenza Bacalini) che già si era pronunciata in senso analogo l'anno scorso. Peraltro l'interpretazione che i giudici danno dell'art. 8 ter D.Lgs 502/92 - il cui dettato legislativo è peraltro ripreso da tutte le Regioni - appare (a parere di

(Continua a pagina 7)





POCA ODONTOIATRIA PER I PIU' PICCOLI

La popolazione pediatrica italiana è tutta a rischio carie ma le liste d'attesa nel pubblico sono piuttosto lunghe e gli studi privati restano una chimera per le fasce meno abbienti. La crisi morde e non mette a rischio solo le cure degli adulti. Negli ultimi cinque anni infatti l'incidenza della carie fra i bambini è aumentata del 15%. A lanciare l'allarme è la Società italiana di odontoiatria infantile (Sioi), che la scorsa settimana a Napoli ha fatto il punto nel primo Convegno nazionale delle sezioni regionali. Gran parte dei piccoli pazienti che avrebbero bisogno di cure sfugge all'assistenza, soprattutto per mancanza di informazione e scarsa educazione sanitaria, anche tra la popolazione immigrata. Basti pensare che i pazienti di 4 e 12 anni che avrebbero bisogno di assistenza per la cura della carie, secondo dati del ministero della Salute, sarebbero 360mila circa mentre l'ultimo dato ufficiale sul numero di visite odontoiatriche per l'intera fascia di pazienti che va da 0 a 14 anni è di 520mila: è evidente che la copertura assistenziale rispetto al fabbisogno reale è minima.

«Un quadro già allarmante - sostiene Raffaella Docimo, presidente Sioi e direttore della cattedra di Odontoiatria pediatrica all'Università di Roma Tor Vergata - peggiorato con la crisi economica». I fattori di rischio: scarsa prevenzione, rinuncia alle cure, ma anche un regime alimentare errato. «Nei nuclei più in difficoltà - continua Docimo - è

diffusa una dieta ipercalorica ma di basso livello nutrizionale». A questo si aggiungono stili di vita sbagliati e scarsa attenzione all'igiene orale nelle scuole.

Le conseguenze si vedono e il quadro epidemiologico non è dei migliori. Secondo i dati Sioi, in Italia la malattia cariosa, a 4 anni di età, vede l'interessamento del 21,6%, a 12 anni sono affetti da carie il 43,1% dei bambini mentre nella fascia di età compresa tra i 19 e i 25 anni l'88,2% delle persone presentano lesioni cariose.

«Ci sono famiglie che fanno sacrifici enormi pur di far curare i propri figli - sottolinea Docimo, responsabile dell'Odontoiatria pediatrica dell'Ospedale Fatebenefratelli di Roma - ma ce ne sono altre che per disinformazione sottovalutano il problema».

Il risparmio però è solo temporaneo: tra l'assenza di una vera politica di prevenzione a livello nazionale e la rinuncia alle cure, si produce a lungo termine un aggravio dei costi sia per le famiglie che per il Ssn. «Un aumento dell'incidenza della carie del 15% implica un maggior numero di complicanze. È assolutamente errato - continua Docimo - non ritenere importanti i denti da latte solo perché transitori. Le conseguenze, quando le terapie necessarie non vengono effettuate, sono una compromissione dell'apparato masticatorio, della fonetica e della salute del cavo orale, senza trascurare gli aspetti estetici». Insomma più informazione, prevenzione

Il Sole
Sanità

n. 24 del 24 giugno 2014

e intercettazione precoce dei pazienti già nel primo anno di vita eviterebbero di incorrere in situazioni più gravi in età adulta. E consentirebbero un risparmio collettivo di risorse. Un primo passo da parte di Sioi è stata la partnership con Save the Children su interventi mirati a contrastare la «povertà educativa», anche sul fronte dell'odontoiatria pediatrica. Una seconda iniziativa, «Dona il sorriso a un bambino» è stata promossa in sinergia con il Policlinico Federico II, d'intesa con la chiesa di Napoli: i soci Sioi hanno infatti accolto nei loro studi professionali privati pazienti meno abbienti garantendo loro terapie odontoiatriche gratuite. Infine una campagna di sensibilizzazione nazionale sarà operativa entro metà settembre.

Rosanna Magnano



SEGUE DA PAG. 6

chi scrive) del tutto corretto: l'autorizzazione per gli studi non è richiesta tout court ma può essere pretesa solo: a) in presenza di prestazioni di chirurgia ambulatoriale, b) di procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità c) di procedure che comportino un rischio per la sicurezza del paziente. Quindi, se vogliamo seguire il ragionamento dei giudici del TAR Lazio, dobbiamo far "saltare" i regimi autorizzativi di tutte le regioni d'Italia (esclusi i casi di presenza di un radiologico). Ciò non toglie che la sentenza suscita, però, due dubbi di non poco conto: a) il primo attiene al fatto che i giudici si sono spinti ad affermare che "implantologia e endodonzia" non sarebbero "attività pericolose": valutazione di natura scientifica e non giuridica che, a parere di chi scrive, dovrebbe essere espressa da un organo tecnico e

non da giudici

b) il secondo è che in verità il secondo comma del citato art. 8-ter del D.Lgs. 502/92 (di cui si fornisce la sopra indicata interpretazione) riguarderebbe non già le strutture odontoiatriche tout court ma solamente gli "studi odontoiatrici" (cioè quelli la cui titolarità è in capo al singolo professionista) mentre invece nel caso oggetto di giudizio riguardava una struttura gestita d società: qui sembra di capire - ma non è chiaro - che i giudici accomunino le due fattispecie, dando rilievo pertanto alla tipologia di attività (l'odontoiatria) piuttosto che all'assetto organizzativo della struttura sanitaria.

La linea interpretativa intrapresa dal TAR Lazio è senz'altro nuova e tutto sommato si può dire che faccia propri alcuni input già parte del diritto vivente interno (la progressiva parificazione tra studi ed

ambulatori, la cancellazione del potere discrezionale regionale di impedire la realizzazione di nuovi ambulatori sulla base della programmazione) nonché del diritto comunitario, attento pragmaticamente alla tutela egualitaria di soggetti che concorrono nello stesso mercato piuttosto che alla forma giuridica che essi assumono. Restano tuttavia forti dubbi sui punti più innovativi e meno chiari della sentenza, sui quali probabilmente dovrà pronunciarsi il Consiglio di Stato.

A meno che il Governo Renzi, dopo aver limitato l'invasione regionale nel campo delle autorizzazioni alla realizzazione di nuove strutture private non decida di intervenire anche sulle autorizzazioni all'esercizio ridefinendo i tasselli di un sistema iperpubblicistico che pare ormai scricchiolare e non poco.

Silvia Stefanelli

L'APPROFONDIMENTO



FONDI INTEGRATIVI SANITARI. A CHE PUNTO SIAMO?

Un settore in costante crescita con quasi 6 milioni di aderenti ma che sembra scontare "una sorta di metodologia dell'indifferenza". Mentre servirebbero nuovi impulsi e nuove politiche regolatorie che ne favoriscano lo sviluppo a salvaguardia della tenuta della sanità pubblica, perché "non c'è nessun attentato al Ssn".

Il tema di fondo del convegno si inquadra in Europa come in Italia, intorno alla questione della sostenibilità economica dei sistemi di welfare, a far data dal 2007 anno di ingresso della grande crisi economico finanziaria che ha pervaso il vecchio continente.

E' dunque fondamentale ragionare di contesto per analizzare dinamiche e possibili scenari di approdo.

Le azioni del Governo vanno nella direzione giusta?

Si per quanto riguarda:

Certezza delle risorse del FSN per il triennio 2014-2017.

- **109.902.000.000 euro per l'anno 2014**

- **113.452.000.000 euro per l'anno 2015**

- **117.563.000.000 euro per l'anno 2016**

Quindi fine della logica dei tagli lineari. Risorse da recupero di efficienza, costi standard lotta agli sprechi e riprogrammazione sanitaria, definizione dei nuovi LEA, Governance a tutto campo del sistema con il nuovo patto per la salute che proprio oggi si sta discutendo con le regioni e che attendiamo per il prossimo triennio.

Il ministro Lorenzin parla di un recupero da 3 a circa 10 miliardi, da reinvestire nel sistema, mi auguro che la sua previsione sia esatta e condivisa sia dalle regioni che dal MEF.

NO per quanto riguarda:

Nuova governance dell'intero sistema di responsabilità e controllo del SSN, a partire dalla riforma del titolo V°. Revisione dei parametri di compartecipazione alla spesa dei cittadini. Politiche per le risorse umane. Politiche di investimento nel settore. Governance complessiva di sistema.

Manca un'adeguata governance di si-

stema.

Si deve rimarcare che in questi anni, le problematiche connesse alle logiche di governo del sistema sanitario e di protezione sociale nella sua interezza: domanda e offerta, rapporto con i vari stakeholders, pubblico, privato accreditato, privato non profit, spesa privata dei cittadini in forma singola o intermediata sono state completamente ignorate. Da dove partiamo?

Dal documento finale approvato dalle Commissioni Bilancio ed Affari sociali della Camera dei Deputati sulla sostenibilità del SSN:

"La strada per un nuovo volto della sanità pubblica, salvare l'universalismo, renderla sostenibile"

La ricetta proposta

Anche i sistemi bancari in Europa sviluppano pacchetti salute per la propria clientela

A partire dal 2009, soprattutto in Francia, Belgio, Danimarca, Olanda, Inghilterra si sviluppano prodotti finanziari rivolti alla propria clientela rispetto alla copertura di tutele per la salute mettendo in relazione il network di rapporti con il mondo assicurativo, nato soprattutto con le RCA auto, rischi e danni per le abitazioni, nonché rischi ambientali e ramo vita, per assicurare la salute dai grandi eventi di rischio, (grandi interventi chirurgici, prestazioni di alta diagnostica, cure odontoiatriche, problemi della vista). PNB Paribas, Credit agricole, Credit Mutuel in Francia hanno incrementato di circa il 30% i servizi alla clientela in questo campo. Si sviluppa per questa strada l'idea di Banca dei servizi tramite il convenzionamento con il mondo assicurativo, tranne che per credit mutuel che sviluppa il settore con le Mutuelles francesi molto attive in questo campo e meno costose data la consolidata rete di network con strutture e professionisti convenzionati e i minori costi di gestione ed amministrativi, della gestione diretta senza fini di lucro. In Italia siamo agli inizi con pacchetti per la salute dei più grandi istituti di credito: San paolo, Unicredit, MPS e poste spa, ma risultano al lavoro con studi già avanzati circa 14 banche popolari che stanno elaborando sulla base dei propri fondi sanitari integrativi la possibilità di farli diventare fondi aperti ai propri co-

rentisti sulla base di pacchetti salute che vanno da un minimo di pagamento annuo di 400 euro ad un massimo di 800 euro per la propria clientela, avvalendosi dei convenzionamenti già in atto con i propri fondi e lavorando più sulla gestione diretta che tramite il convenzionamento assicurativo. Gli attuali studi riguardano circa 8 istituti al Nord, 2 al centro e due al Sud.

Il Welfare aziendale Cresce

All'interno del welfare aziendale come insieme di servizi e benefits che riguardano tutti i dipendenti, o almeno intere categorie di questi, si possono identificare quattro aree principali all'interno delle quali è possibile collocare le varie e diverse iniziative che le aziende e le imprese realizzano:

- **Area della conciliazione famiglia-lavoro:** flessibilità dei tempi e sostegno alla gestione familiare (ad es: flessibilità oraria, permessi retribuiti, congedi parentali, rimborso alla gestione dei figli, etc).

- **Area della salute:** contributi previdenziali e assistenza sanitaria (assicurazioni o casse sanitarie, check up e programmi di prevenzione).

- **Area del sostegno al reddito** (ad es. rimborsi spese e buoni acquisto, convenzioni con negozi per la fornitura alimentare, etc).

- **Area della formazione e dell'istruzione** in un'ottica di life long learning (corsi di aggiornamento, lingua o informatica o rimborso dei costi sostenuti dai dipendenti).

La più richiesta dai dipendenti è l'area della salute, la seconda quella della conciliazione

Nei settori specifici

Nel settore **agricolo** sono costituiti e operativi, 5 Fondi paritetici di assistenza socio-sanitaria integrativa, secondo l'asse contrattuale di riferimento. Per l'intero comparto **artigiano** – trasversale ai diversi settori produttivi (industria manifatturiera, servizi, ecc.) – è operativo dal 2012 un apposito Fondo, intercategoriale, costituito dalle Parti Sociali nazionali a livello interconfederale; dal relativo ambito di intervento è esclusa solo la categoria edile artigiana, tuttavia ricompresa nel sistema bilaterale delle costruzioni.

SEGUE L'APPROFONDIMENTO

FONDI INTEGRATIVI SANITARI. A CHE PUNTO SIAMO?

Nell'ambito del settore delle **costruzioni**, l'assistenza sanitaria integrativa rientra tra le prestazioni eventualmente rese, a livello territoriale, dagli Enti Bilaterali (*Casse Edili*), ai sensi della contrattazione collettiva di secondo livello. Inoltre, a livello nazionale, gli assi contrattuali dell'industria e dell'artigianato, attraverso l'Edilcard, riconoscono ai lavoratori del settore un rimborso per determinate spese sanitarie.

Per quanto riguarda l'**industria** (asse contrattuale Confindustria con le Oo.Ss), l'assistenza sanitaria integrativa risulta allo stato operativa a macchia di leopardo; secondo la categoria di riferimento; negli ultimi rinnovi contrattuali delle categorie non coperte dalla tutela, generalmente le Parti Sociali si impegnano ad attivarsi per costituire appositi Fondi di categoria, o aderire a Fondi già operativi in comparti o settori affini. Per l'**industria pmi** (asse contrattuale Confapi con le Oo. Ss.) è costituito a livello interconfederale e in fase di attivazione un apposito Fondo intercategoriale.

Relativamente ai **dirigenti dell'industria** operano 2 Fondi, costituiti dalle Parti Sociali nell'ambito dei due assi contrattuali di riferimento.

Nel settore della **pesca** l'assistenza socio-sanitaria integrativa è allo stato prevista solo nell'ambito dell'asse contrattuale che interessa il personale non imbarcato delle cooperative, tramite l'adesione al Fondo costituito a livello interconfederale dalle Parti Sociali della Cooperazione. Nell'ambito del composito settore **servizi** – articolato in molteplici comparti dotati di propria contrattazione collettiva – sono allo stato operativi tre Fondi bilaterali di assistenza socio-sanitaria integrativa, rispettivamente costituiti per i comparti del lavoro domestico, degli studi professionali e della vigilanza privata; tendenzialmente, nell'ambito degli ultimi rinnovi contrattuali dei comparti non coperti dalla tutela, si rintracciano previsioni per la costituzione di appositi Fondi, ovvero l'adesione a Fondi già operativi in comparti o settori affini.

L'assistenza socio-sanitaria integrativa non è allo stato prevista dal Ccnl della

somministrazione di lavoro, salvo alcune prestazioni erogate dall'Ente Bilaterale *Ebitemp*.

Nell'ambito del **terziario, distribuzione e servizi** (TDS) sono operativi due Fondi bilaterali di settore, rispettivamente riconducibili ai due assi contrattuali che lo interessano, cui si affianca un terzo Fondo, rivolto ai lavoratori con qualifica di quadro.

Il Ccnl della **distribuzione cooperativa** rende esigibile la tutela dell'assistenza socio-sanitaria integrativa tramite l'adesione al Fondo costituito a livello interconfederale dalle Parti Sociali.

Si continua a fare velo sulle tante esperienze d'innovazione territoriale che in questi anni hanno arricchito la dimensione del Welfare, grazie al terzo settore, alla mutualità, al welfare negoziale, non solo come risposta alla crisi della finanza pubblica, ma come esperienze di sintesi al divario bisogni, diritti, responsabilità individuali e collettive. Esperienze non ancora su vastissima scala, ma particolarmente importanti per indicare nel concreto, quali potrebbero essere gli assi di sviluppo strategico del WELFARE prossimo futuro.

Non c'è nessun attentato al SSN, nessuno dei due pilastri di fatto esistenti non potrebbe vivere l'uno senza l'altro. Lo dimostra l'esperienza europea. Il pilastro pubblico si accompagna al secondo pilastro e non esiste un out of pocket così elevato come da noi. Governare la domanda soprattutto quei 28 ardi out of pocket 1. Occorre una grande capacità di informazione, contatto territoriale capillare, per convogliare quella domanda individuale, solitaria verso forme di socializzazione del rischio, altrimenti il peso si traduce in rischio di impoverimento, spese catastrofiche, o rinuncia alla cura, come ben dimostrano le analisi dell'Istat, del Censis, del CEIS dell'Università di torVergata.

La mutualità di territorio di recente costituzione sta andando in questa direzione si veda l'esempio di MUTUA LIGURE, SMS TORINO, o quella di MBA, mutua basis assistance, che sta investendo in promotori della mutualità sul territorio. Quanta di quella domanda, soprattutto nelle grandi aree metropolitane può

essere intercettata da accordi tra le forme di welfare aziendale che conosciamo e patti con regioni ed enti locali a garanzia della qualità di servizi e prestazioni di maggiore richiesta per invertire la solitudine della scelta verso il badantato e orientarla su pacchetti di assistenza socio-sanitaria domiciliare o integrata utilizzando il network che fondi, mutualità hanno messo a massa critica in tutti questi anni di gestione oculata e controllata nell'uso dei servizi e delle prestazioni da parte dei propri aderenti?

Quanto possiamo riorientare l'offerta finora consolidata dell'esperienza dei fondi negoziali, sostitutiva, molto complementare, poco integrativa sul terreno della prevenzione primaria e secondaria collegandola in partnership con le eccellenze del SSN soprattutto in campo oncologico e nel cerebrovascolare.

L'accordo siglato tra CADIPROF e il policlinico universitario di Verona nell'ambito del tavolo di lavoro aperto dalla Regione Veneto e i fondi sanitari integrativi, non vanno in questa direzione? Ma potrei citare quelli già esistenti a Milano con l'Istituto tumori o con l'ospedale Fatebenefratelli, a Roma con il policlinico Gemelli.

C'è tutto un terreno d'esperienza, di saggia gestione che si apre sempre di più verso non solo i familiari a carico, il personale che va in quiescenza, ma anche a forme di collaborazione pubblico privato che possono sollecitare qualità, maggiore, efficienza, sana concorrenzialità a vantaggio di entrambi i sistemi.

L'anagrafe dei fondi presso il ministero della Salute

Istituita con il decreto Turco del marzo 2008, regolamentata con il decreto Sacconi del 2009 ha il compito di monitorare e certificare i Fondi, le casse e le SMS che rispondano ai requisiti ed ai vincoli previsti dall'ordinamento e dai decreti attuativi dell'art. 9 della legge 229/1999 di Riforma Sanitaria, e che con i decreti del 2008 e del 2009 ne vincolano il beneficio fiscale di 3615.20 euro di deduzione al raggiungimento di almeno il 20% di erogazione di prestazioni all'odontoiatria e alla non autosufficienza.



SEGUE **L'APPROFONDIMENTO**

FONDI INTEGRATIVI SANITARI. A CHE PUNTO SIAMO?

L'Anagrafe dei fondi del Ministero aveva rilevato: documento Giannone al 3° forum risk management di Arezzo:
 - 300 fondi a fine 2011, di cui 289 certificati;
 - L' 83% con esclusivo fine assistenziale
 - Il 17% costituito da Fondi Doc;
 - L'11% da Fondi aperti:
 - L'89% da fondi categoriali chiusi;
 - Solo il 69% ha dichiarato il N° degli iscritti pari a 3.367.000 e circa 5 milioni stimati;
 - 3 Fondi per la LTC, dipendenti bancari, assicurativi e Sanimpresa.
 - Non erano ancora iscritti i fondi istituiti nel 2011/2012 che hanno prodotto la documentazione necessaria a partire dal fine 2013.

I dati dell'anagrafe del ministero della salute, maggio 2014 Milano, Giornate della previdenza complementare

Anni	Fondi	Assistiti
2010	registrati 280	Non rilevato
	attestati 267	
	respinti 13	
2011	registrati 323	3.124.000
	attestati 285	
	Respinti 38	
2012	registrati 338	5.146.000
	attestati 314	
	respinti 24	
2013	registrati 361	5.800.000
	attestati 337	
	respinti 24	

Dati destinati ad aumentare in quest'anno, perché entreranno a regime nuovi fondi. Derivanti dalla contrattazione 2012/2013 e nuove mutue territoriali: SANARTI, Metasalute, quelli del settore laterizi industria, lapidei, ortofrutticoli ed agrumai, lavoratori del legno e arredamento, autorimesse e noleggio auto-mezzi, FASDA, dipendenti del settore igiene ambientale, SANAPI lavoratori dipendenti delle pmi. SANIFOND e SANI IN VENETO. Nel settore mutualistico: MUTUA LIGURE, SSMS TORINO e il Fondo del Trentino alto Adige.

Se inoltre teniamo conto di settori che

non hanno fondi o casse ne forme di mutualità, ma contratti con assicurazioni per la copertura collettiva, l'ampiezza del fenomeno è rilevante.

Presidenza del consiglio	2.347 dip
Agenzie fiscali	55.412 dip
Vigili del fuoco	31.752 dip
Corpi di polizia	320.404 dip
Forze Armate	187.324 dip
Magistratura	10.308 dip
Enti pubblici non economici	48.634 dip
Enti di ricerca	20.861 dip
Università	105.571 dip
Regioni e autonomie locali	490.115 dip
Autorità indipendenti	1.741 dip
Altri enti	10.952 dip

(8 Regioni ordinarie e quelle a statuto speciale hanno polizze di sanità integrativa e 12 comuni capoluogo di regione, ed inoltre tutte le strutture sindacali confederali).

A 4 anni di funzionamento dell'Anagrafe, occorre fare una riflessione.

Di governo in governo dopo il decreto del 2009 sembra quasi che tutto sia tornato in oblio. I diversi ministri che si sono succeduti non hanno portato a compimento il processo regolatorio che pur la legge finora impone e nemmeno il decreto che doveva strutturare compiti e funzioni dell'anagrafe non solo in senso meramente registrativo e attestativo, ma qualitativo con un proprio osservatorio al fine di valutare trend e sviluppi del settore, interpolando la massa di dati che vi affluiscono per analizzarne punti di forza e criticità.

Va avanti una sorta di metodologia dell'indifferenza.

Che fine hanno fatto i decreti attuativi circa l'affidamento in gestione, il regolamento dei fondi e quello di funzionamento dell'Anagrafe a regime, che pur erano stati lasciati in dotazione dal Ministro Turco alla fine del suo mandato? Una vicenda opaca che al di là della caduta dei governi e dei nuovi ministri alla salute, denota una scarsa attenzione alla governance del settore e persino alla vigilanza su di esso per tastarne la meritorietà, visto l'attuale regime di defiscalizzazione contributiva.

Convegnistica, approfondimenti ne sono stati fatti tanti in questi anni così come non sono mancate sollecitazioni indivi-

duali e di gruppo del variegato mondo dei fondi verso il ministero, mi voglio augurare che il neoministro Lorenzin che tanta passione dedica, con battaglie concrete per lo sviluppo qualitativo del nostro SSN, non sia né miope né sorda alla governance di questo settore perché molta della sostenibilità finanziaria dell'intero sistema dipenderà dalle reciproche sinergie.

Che fare?

Completare il quadro regolatorio dei fondi per costruire un assetto definitivo e coerente con obiettivi di complementarietà e sinergia dei due pilastri. Individuare modalità informative atte a promuovere i fondi integrativi e la mutualità di territorio ed a garantire alla collettività conoscenza e trasparenza per riorientare la grande massa di spesa out of pocket in forma collettiva di tutela del rischio soprattutto per le cure di lunga durata.

Inserire i fondi nelle politiche di contrattazione sindacale nazionale, decentrata e di comparto, nonché per tutte quelle forme di lavoro flessibile che la riforma del mercato del lavoro intende istituire, facendo conoscere ai lavoratori e ai nuovi ingressi il vantaggio fiscale di cui godono i fondi e il beneficio netto per il lavoratore.

Favorire l'integrazione e la collaborazione tra fondi e le realtà istituzionali di territorio (Regioni, Comuni, ASL) anche attraverso la costituzione di modelli sperimentali differenziati per aree di bisogno sociosanitario, per la prevenzione primaria e secondaria.

Il Patto per la salute 2014-2017, dal dialogo Stato Regioni alla costruzione di un nuovo patto sociale universale ed inclusivo con tutti gli stakeholders che possono concorrere a costruire maggiore equità. Solidarietà e sussidiarietà, avendo ben presente che la vera valuta della vita è la qualità della vita stessa.

Grazia Labate
 Ricercatore in economia sanitaria, già sottosegretario alla sanità

Relazione svolta all'ultimo Welfare Day del 17 giugno.



da Quotidiano Sanità del 19/06/2014



I CITTADINI ESCLUSI DAL SISTEMA PUBBLICO? DEVONO PAGARE DI TASCA PROPRIA

Il Settimanale **24 ORE Sanità**

n. 24 del 24 giugno 2014

Il portafoglio del paziente è un infallibile acceleratore dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie, che il pubblico garantisce sempre meno. Aumentano infatti gli italiani che pagano le cure di tasca propria e nel 2013 la spesa out of pocket ha toccato quota 26,9 miliardi di euro (+3% rispetto al 2007). Nello stesso arco di tempo la spesa sanitaria pubblica è rimasta quasi ferma (+0,6%). A intercettare il paziente insoddisfatto dal Ssn è spesso il privato e per una ragione molto semplice: per 9 prestazioni su 13 la tariffa piena solventi nel privato risulta inferiore alla tariffa solventi in libera professione nel pubblico. Sono alcune delle conclusioni chiave della ricerca Rbm Salute-Censis sul ruolo della Sanità integrativa, presentata a Roma al IV "Welfare Day". La fotografia non è la stessa ovunque, dal momento che «esiste una variabilità territoriale rilevante - sottolinea il Censis - per le tariffe e per i tempi di attesa che taglia trasversalmente pubblico e privato». Secondo i ricercatori, si è arrivati a un punto di rottura. «La logica per cui il cittadino paga di tasca propria quello che il sistema pubblico non è più in grado di garantire - sottolinea il Censis - è arrivata all'estremo. Gli italiani sono costretti a scegliere le prestazioni sanitarie da fare subito a pagamento e quelle da rinviare oppure non fare». Il risultato è in alcuni casi la rinuncia alle prestazioni sanitarie: crolla il ricorso al dentista a pagamento (oltre un milione di visite in meno tra il 2005 e il 2012). Ma nello stesso periodo aumentano gli italiani che pagano per intero gli esami del sangue (+74%) e gli accertamenti diagnostici (+19%). Ormai il 41,3% dei cittadini paga di tasca propria per intero le visite specialistiche. Cresce anche

la spesa per i ticket, sfiorando i 3 miliardi di euro nel 2013: +10% in termini reali nel periodo 2011-2013. C'è anche un problema di equità: le liste d'attesa le aggira solo chi paga. Per effettuare una prima visita oculistica in una struttura pubblica il ticket costa 30 euro e c'è da aspettare mediamente 74 giorni (due mesi e mezzo), mentre nel privato, pagando in media 98 euro, si aspettano solo 7 giorni. Per una prima visita cardiologica si pagano 40 euro di ticket e la lista d'attesa è di 51 giorni, nel privato con 107 euro si aspettano 7 giorni. Una visita ortopedica nel sistema pubblico costa 31 euro di ticket con 34 giorni di attesa, nel privato 104 euro e occorrono 5 giorni per avere l'appuntamento. Una visita ginecologica richiede 29 euro di ticket e 27 giorni di attesa, nel privato 100 euro con 5 giorni di attesa. «In sintesi, se si vogliono accorciare i tempi di accesso allo specialista - conclude il Censis - bisogna pagare: con 70 euro in più rispetto a quanto costerebbe il ticket nel sistema pubblico si risparmiano 66 giorni di attesa per l'oculista,

45 giorni per il cardiologo, 28 per l'ortopedico, 22 per il ginecologo». La geografia aiuta ma forse no. Paese che vai ticket che trovi (e tempi di attesa). Per le visite specialistiche (oculistica, cardiologica, ortopedica e ginecologica) oscilla tra un valore medio minimo di 20 euro al Nord-Est e uno massimo di 45 euro (più del doppio) al Sud. Negli accertamenti diagnostici spiccano i casi della risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto e della colonscopia, per i quali il ticket varia tra i 36 euro del Nord-Est e i 60 euro del Nord-Ovest. Una mammografia può avere un ticket minimo

(Continua a pagina 12)

Prestazioni	Ticket	Intramoenia	Privato
Visite specialistiche			
Visita ginecologica	29,2	102,2	99,7
Visita ortopedica	30,9	105,8	104,0
Prima visita cardiologica con Ecg	39,8	109,0	107,1
Prima visita oculistica	30,1	98,7	98,3
Visite diagnostiche			
Colonscopia senza biopsia	48,7	230,0	213,4
Ecografia addome completo	52,9	104,4	113,4
Risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto	49,1	212,8	148,7
Emocromo completo	6,6	10,2	10,2
Colesterolemia totale	3,8	6,2	6,6
Mammografia	42,7	76,0	90,5
Psa	15,0	20,5	19,3
Riabilitazione			
Riabilitazione motoria in motuleso semplice	7,7	32,7	42,5
Laserterapia antalgica	4,5	32,5	27,2

Prestazioni	Pubbliche (a)	Private (b)	Differenza (a-b)
Risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto	68,3	25,2	+43,9
Ecografia addome completo	65,1	25,7	+39,4
Prima visita oculistica	73,8	34,7	+39,1
Colonscopia senza biopsia	83,6	55,6	+28,0
Prima visita cardiologica con Ecg	50,6	28,9	+21,7
Riabilitazione motoria in motuleso semplice	39,6	19,3	+20,3

Prestazioni	Pubbliche (a)	Private (b)	Differenza (a-b)
Mammografia	55,3	35,7	+19,6
Laserterapia antalgica	45,1	26,3	+18,8
Visita ortopedica	33,9	26,0	+7,9
Visita ginecologica	27,7	23,9	+3,8
Psa	0,4	0,3	+0,1
Colesterolemia totale	0,2	1,1	-0,9
Emocromo completo	0,2	1,1	-0,9

- Per 8 prestazioni su 13 bisogna attendere tra i 18 e i 40 giorni in più nelle strutture pubbliche rispetto a quelle private
- Attese molto simili per esami del sangue e Psa

Fonte per tutte le tabelle: indagine Censis, 2014

SEGUE DA PAG. 11

di 36 euro al Nord-Est e uno massimo di 48 euro al Nord-Ovest.

La stessa variabilità si riscontra nelle code. Per effettuare una visita ortopedica in una struttura pubblica si va da un minimo di 22 giorni in media al Nord-Est a un massimo di 65 giorni al Centro. Per una prima visita oculistica si passa dai 50 giorni al Nord-Est ai 125 giorni del Centro. Per avere un appuntamento per effettuare una visita ginecologica si oscilla tra 12 giorni al Sud e 68 giorni al Centro. Per la colonscopia si attendono da un minimo di 33 giorni al Nord-Est a un massimo di 216 giorni al Centro.

L'opinione dei pazienti è a tinte fosche. Il 38,5% degli italiani (erano il 28,5% nel 2011) ritiene che la Sanità della propria regione sia peggiorata negli ultimi due



anni. Per il 56% è rimasta uguale e solo il 5,5% ritiene la Sanità regionale migliorata. Nelle regioni con Piano di rientro la percentuale di cittadini che ritengono peggiorata la Sanità regionale svetta al 46,8%, mentre nelle altre regioni è pari al 29,3%. Crolla dal 57,3% del 2011 al 44,4% del 2014 la quota di italiani che giudicano positivamente la competenza delle Regioni sulla Sanità.

Ovviamente i nemici del federalismo si

concentrano dove la Sanità peggiora in modo più vistoso. Nelle regioni con Piano di rientro è solo il 38,9% dei cittadini ad avere un giudizio positivo sul ruolo istituzionale e amministrativo delle Regioni, mentre nelle altre è il 50,3%.

«Nella visione dei cittadini - concludono i ricercatori - esiste un nesso diretto tra la ristrutturazione della Sanità imposta dai vincoli economici e l'abbattimento della qualità dei servizi. È anche per questo che la "Schengen della Sanità" potrebbe attirare sempre di più: sono complessivamente 1,2 milioni gli italiani che si sono curati all'estero per un grave problema di salute».

Rosanna Magnano



PUBBLICO IMPIEGO. LA PROPOSTA DI PROIA: "UN COMPARTO SPECIALE PER PROFESSIONISTI DELLA SALUTE"

Un impianto contrattuale e un nuovo stato giuridico potrebbero rimotivare maggiormente i professionisti sanitari e renderli più partecipi alle sfide di ammodernamento del nostro Ssn, favorendone la condivisione e la compartecipazione alle scelte strategiche dei produttori di salute

I nuovi eroi sono le migliaia di medici, infermieri e altri professionisti sanitari che sottorganico, con carichi di lavoro sempre più pressanti garantiscono giornalmente il nostro diritto alla salute; nuovi eroi sono quei medici e quegli infermieri che ultracinquantenni o ultrasessantenni sono presenti nei turni notturni e festivi per garantirci le cure e l'assistenza; nuovi eroi sono quei giovani professionisti della salute precari, con contratti flessibili co.co.co., co.co.pro o false partite iva o peggiori nelle c.d. cooperative sociosanitarie, sottopagati, senza diritti, senza la certezza di un futuro professionale operano nell'emergenza e nei settori più strategici della sanità: sono i guerrieri dell'unica guerra che sia giusto com-

battere: quella contro le malattie, gli infortuni, per una vita migliore e più lunga.

Sarebbe ormai ora che ai nostri eroi la "Repubblica" offrisse una risposta più adeguata che partisse dalla considerazione che la risorsa umana e professionale che opera per la tutela della salute costituisce la centralità strategica per l'attuazione dei principi dell'articolo 32 della Costituzione e della conseguente legge 833/78 di attuazione e, a tal fine, ne promuovesse e garantisse la valorizzazione e la partecipazione alle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello nazionale e regionale.

"I have a dream" che il Governo nazionale e le Regioni con coraggio valutino ed approfondiscano le incongruenze dell'attuale stato giuridico della dirigenza medico e sanitaria del Ssn e complessivamente di tutte le professioni sanitarie sia a rapporto di dipendenza che a convenzione.

La prima è la loro specialità e diversità rispetto agli altri comparti pubblici, non solo perché hanno come missione l'attuazione di un diritto garantito costi-

tuzionalmente, ma per la peculiarità dell'organizzazione del lavoro che esula dai canoni classici del pubblico impiego e del fatto che siano costituite da sette professioni con laurea magistrale e specializzazione post laurea e ventidue professioni con laurea, tutte con uno specifico ed autonomo ambito professionale, continuamente soggetto all'evoluzione scientifica e tecnologica: per questo sarebbe giusto ed opportuno riconoscere ai medici ed a tutte le professioni sanitarie la condizione di categoria speciale di questo comparto rispetto agli altri della P.A., come del resto è stato già fatto per altri (Giustizia, Sicurezza p.e.).

La seconda incongruenza è la presenza di distinte e non comunicanti sedi negoziali (dirigenza medica, dirigenza sanitaria, comparto, medici ed altre professioni a convenzione) e la necessità, invece, di prevedere una sede negoziale unitaria ed unificante (propedeutica ai successivi momenti contrattuali specifici per tipologia di lavoro) nella quale le scelte di programmazione sanitaria nazionale e regionale, che verranno

(Continua a pagina 13)

SEGUE DA PAG. 12

adottate dal Patto per la Salute e/o dai Piani sanitari nazionali e regionali, possano trovare una loro declinazione, condivisione, comprensione e, se del caso, valorizzazione ed arricchimento, dai professionisti produttori di salute che dovranno quotidianamente attuarle.

La terza incongruenza è la contraddizione nell'accesso nel Ssn dei medici e degli altri professionisti con laurea magistrale ai quali, pur essendo abilitati all'esercizio della professione, è consentita l'assunzione solo dopo l'acquisizione di una specializzazione post laurea, questo se è grave per i medici diviene drammatico per le altre professioni; le Aziende, nel tempo, a questa incongruenza hanno ovviato con l'attivazione di forme di precariato con rapporti di lavoro flessibili stante la necessità che anche di tale laureati ve ne sia necessità.

Auspiciando "un ritorno al futuro" sarebbe quanto mai opportuno che possano entrare nel mercato del lavoro sanitario con rapporto di dipendenza medici ed altri professionisti con laurea magistrale ai quali progressivamente potrebbero esser date competenze sempre più corrispondenti alla verificata capacità professionale acquisita nel Ssn, nei fatti una modalità parallela alla prevista formazione specialistica universitaria, ma svolta e gestita dal Ssn e contrattualizzata.

Ne conseguirebbe il superamento della quarta incongruenza cioè la generalizzazione (ormai dell'attribuzione della qualifica dirigenziale a tutti i medici ed agli altri professionisti con laurea magistrale, riconoscendo, invece, uno specifico comparto contrattuale di professionisti al cui interno possano essere affidati incarichi dirigenziali o di coordinamento a tempo verificabili, confermabili o revocabili, sulla base di norme stabilite centralmente).

Si tratterebbe, quindi, di modificare la vigente normativa istituendo il comparto negoziale speciale, distinto dagli altri comparti previsti per la negoziazione contrattuale del pubblico impiego e sottoposto a confronto con il tavolo negoziale delle regioni e delle Province autonome, dei professionisti produttori di salute, comprendente sia il personale con contratto di lavoro dipendente che il personale con rapporto di lavoro convenzionale con la seguente articolazione

contrattuale:

- Accordo quadro unitario e comune per l'omogeneizzazione e l'adeguamento dell'organizzazione del lavoro alle scelte programmatiche determinate dal Patto per la Salute e dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali;
- Accordo collettivo nazionale riguardante i medici e le altre categorie dei veterinari, degli odontoiatri, dei farmacisti, degli psicologi, dei chimici, dei farmacisti e dei fisici, per il cui esercizio professionale sia richiesta la laurea magistrale e/o la specializzazione post laurea nella disciplina specifica;
- Accordo collettivo riguardante i medici e gli altri professionisti a regime convenzionale, ivi compresi i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.
- Accordo collettivo nazionale riguardante i professionisti della salute per il cui esercizio professionale sia richiesta la laurea e/o percorsi universitari successivi.

Si potrebbe proporre la seguente articolazione per i professionisti produttori di salute del Servizio sanitario nazionale appartenenti ai sopra ipotizzati accordi negoziali:

- a) professionisti, per i quali sia richiesto il diploma di laurea;
- b) professionisti con competenze avanzate e/o specialistiche, per i quali sia richiesta una formazione successiva alla laurea e/o un'esperienza pluriennale acquisita e verificata nella specifica area;
- c) professionisti senior, per i quali sia richiesta il diploma di laurea magistrale nella specifica professione ed ai quali potrebbe essere prevista una formazione complementare o specialistica successiva alla laurea magistrale, svolta anche in ambito ospedaliero secondo predefiniti percorsi didattici, e/o un'esperienza pluriennale acquisita e verificata nella specifica area e/o disciplina;
- d) professionisti per i quali sia richiesto il diploma di laurea magistrale interprofessionale per le funzioni di direzione e/o coordinamento dei servizi o di docenza nei rispettivi corsi di laurea;
- e) professionisti laureati magistrali in possesso di ulteriore formazione per i quali sia richiesta una formazione specialistica universitaria post laurea e/o un'esperienza pluriennale acquisita e verificata nella specifica area e disciplina, secondo percorsi didattici predefiniti ed equivalenti a quelli universitari, svolti

in ambito ospedaliero.

Ai professionisti con laurea magistrale potrebbero essere conferiti incarichi professionali nella specifica area e/ disciplina, dirigenziali e gestionali, secondo l'articolazione da prevedere nella contrattazione collettiva nazionale e secondo la graduazione da stabilire negli Atti Aziendali, di durata almeno triennale confermabili o revocabili. Analogamente agli altri professionisti con laurea triennale abilitante potrebbero essere conferiti incarichi professionali, di coordinamento e dirigenziali (nel rispetto di master o laurea magistrale previsti quali requisito), secondo l'articolazione prevista dalla contrattazione nazionale e la graduazione stabilite dagli Atti Aziendali, di durata almeno triennale, confermabili o revocabili.

Le modalità di conferimento e di verifica di quanto sopra potrebbero essere stabilite con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministero della Salute e con uno o più Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri potrebbe essere adeguata la vigente normativa concorsuale del personale del Ssn alle sopra descritte modifiche dello stato giuridico. Un impianto contrattuale e un nuovo stato giuridico potrebbero rimotivare maggiormente i professionisti sanitari e renderli più partecipi alle sfide di ammodernamento del nostro Ssn, favorendo la condivisione e la compartecipazione alle scelte strategiche dei produttori di salute. Chissà se questo rimarrà un sogno possa divenir realtà?

Francesco Saverio Proia
Alto dirigente del Ministero della Salute

da **Quotidiano Sanità**
del 18/06/2014





PRIVACY COLABRODO IN SANITA'

Il Sole
24 ORE
Sanità

n. 23 del 17 giugno 2014

Mail collettive inviate da un assessore alla Salute a pazienti oncologiche senza nascondere la lista dei destinatari, presidi sanitari in confezioni trasparenti consegnati al portiere, fascicoli sanitari elettronici accessibili anche al personale amministrativo dell'ospedale, consegna di referti a soggetti del tutto estranei al paziente. Sono solo alcuni dei casi in cui la privacy sanitaria è violata all'insaputa del paziente. Episodi che complessivamente risultano in aumento. Come rileva il Garante per la protezione dei dati personali nella relazione 2013 presentata la scorsa settimana a Palazzo Madama: sono state infatti 850 le violazioni amministrative rilevate (in aumento rispetto alle 578 dell'anno precedente) e sono state rimosse sanzioni per 4 milioni di euro. Nel mirino dell'Authority, crimini informatici, trasparenza amministrativa, attività giudiziaria, videosorveglianza ma anche il trattamento dei dati personali da parte di soggetti pubblici e privati a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione o la gestione dei dati genetici nell'ambito della ricerca scientifica e biomedica.

La materia è sempre più complicata e la richiesta al Governo da parte del Garante è stata quella di un rafforzamento della struttura di vigilanza. «Di fronte alla complessità delle questioni con cui tutti i giorni ci misuriamo - sottolinea il garante Antonello Soro - e alle sfide sempre nuove nei numerosi settori che dobbiamo presidiare, avvertiamo forte e urgente la necessità di potenziare la struttura dell'Authority, adeguandola ai nuovi compiti. E auspichiamo che il Governo e il Parlamento vogliano condividere e sostenere il nostro impegno in questa direzione».

Soro ricorda che «una grande democrazia, nel tempo della società digitale, ha il dovere di investire con coraggio in protezione dei dati personali, per difendere i diritti dei cittadini e insieme la sicurezza dello Stato. Il nostro obiettivo - assicura il Garante - è quello di essere sempre più all'altezza dei compiti del nostro tempo, nell'interesse dei cittadini e dell'intero Paese».

Per il presidente del Senato, Pietro Grasso, la presentazione della relazione offre l'opportunità di una riflessione sulla situazione attuale del sistema della tutela del diritto alla riservatezza e sui suoi possibili sviluppi. «Questo diritto, fondamentale per il cittadino e la persona - spiega Grasso - in un mondo

permeato dalla tecnologia risulta in costante mutamento e necessita di un alto grado di riflessione, aggiornamento, protezione e di una sempre più attenta opera di vigilanza. Se è vero che la riservatezza e i dati personali sono l'aspetto e il valore più intimo e privato di una persona, è anche vero che sempre più l'individuo, spesso inconsapevolmente dei rischi e delle autorizzazioni che firma senza leggere, fa veicolare volontariamente aspetti e momenti delicati della sua vita».

«Dal punto di vista collettivo invece - continua Grasso - a complicare il quadro bisogna ricordare che esistono anche altri diritti, non meno fondamentali e garantiti dalla nostra Carta Costituzionale, che con il diritto alla riservatezza devono essere contemperati e correttamente bilanciati». A esempio nel caso del trattamento dei dati sanitari, «specialmente in caso di malattie di rilevanza sociale, che non deve ledere mai la dignità del malato».

Alcuni casi di violazione della privacy in sanità. C'è il caso di un assessore alla tutela della salute che aveva inviato una e-mail a tutte le donne che si erano rivolte alla sua segreteria per protestare contro la chiusura di un centro specializzato nella cura delle patologie tumorali della mammella per spiegare la scelta di riconversione del presidio sanitario. Ma come è accaduto in altri casi nel 2012, la mail inviata dall'assessore conteneva i nominativi di tutte le pazienti che afferrivano al centro oncologico, in un campo visibile a tutti i destinatari della comunicazione. «Sul caso l'Authority ha avviato un procedimento sanzionatorio - si legge nella relazione - circa l'avvenuta comunicazione a terzi di dati idonei a rivelare lo stato di salute senza il consenso degli interessati, che si è concluso con il pagamento della sanzione da parte del contravventore».

Nella relazione il Garante cita un caso anche più «maldestro», come quello di un dentista che aveva affisso sul bancone del proprio studio l'elenco nominativo dei pazienti morosi. Ovviamente l'elenco è stato tempestivamente rimosso. L'informativa sulla privacy. L'Authority ha continuato a occuparsi anche delle modalità con cui le strutture sanitarie pubbliche e private forniscono l'informativa agli interessati e acquisiscono il loro consenso per i trattamenti di dati personali necessari ai fini di cura. Rilevante l'iniziativa di un'azienda sanitaria di far condividere l'elenco nominativo dei

bambini presi in carico tra i diversi servizi di neuropsichiatria infantile distrettuali al fine di evitare duplicazioni e sovrapposizioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'Authority ha evidenziato «che qualora il titolare del trattamento intenda comunicare dati sensibili per fini di cura a soggetti diversi dall'interessato, in assenza di una disposizione normativa al riguardo, deve richiedere uno specifico consenso informato a quest'ultimo; nel caso in cui l'interessato sia incapace di intendere o volere, il consenso dovrà essere manifestato da parte del legale rappresentante».

Prove tecniche di Fse. Costante è stata l'attenzione nei confronti delle problematiche legate alla realizzazione a livello nazionale del Fascicolo sanitario elettronico (Fse). In merito all'utilizzo dei dossier sanitari da parte delle strutture sanitarie sono state avviate diverse istruttorie, sia d'ufficio che a seguito di specifiche segnalazioni, per verificare se i sistemi in uso rispettino le misure indicate dal Garante nelle «Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario» (prov. 16 luglio 2009, doc. web n. 1634116).

Sotto la lente del Garante, in particolare, l'esigenza di limitare l'accesso al dossier sanitario da parte del personale non sanitario operante nelle strutture assistenziali. In questo ambito la relazione evidenzia che a seguito dell'intervento dell'Authority, un'azienda per i servizi alla persona ha modificato i parametri di accesso ai dossier sanitari consentendo al solo personale che ha in cura i pazienti di visualizzarne le informazioni sanitarie (nota 28 febbraio 2013). Prima dell'intervento dell'Authority tale accesso era consentito anche al personale amministrativo e di direzione gestionale dell'azienda.

La consegna dei referti. Diverse violazioni riguardano la consegna dei referti e della documentazione sanitaria. Viene infatti frequentemente segnalata la consegna di referti a soggetti diversi dall'interessato in busta aperta o senza verificare l'esistenza della delega per il ritiro degli stessi. Un procedimento sanzionatorio è stato avviato a seguito della consegna di una cartella clinica relativa al ricovero di un minore a una persona sprovvista di delega per il ritiro e rimasta sconosciuta. L'azienda sanitaria, riconosciuto il proprio errore, ha provveduto a sensibilizzare il personale

SEGUE DA PAG. 14

dell'ufficio cartelle cliniche al rispetto delle regole relative alla consegna della documentazione sanitaria. Il Garante della privacy è anche intervenuto sulle modalità di custodia delle prescrizioni mediche da parte di alcuni pediatri in attesa del loro ritiro da parte dei genitori. Nei casi esaminati le prescrizioni venivano infatti collocate in contenitori non custoditi o affisse nelle bacheche della sala di attesa, senza alcuna cautela per evitare che le informazioni sanitarie fossero conosciute da terzi (per esempio i pazienti presenti in sala di attesa o quelli che erroneamente ritirano una prescrizione non propria). In un altro caso, alla fine di un ricovero, un paziente aveva ricevuto, oltre alla propria documentazione sanitaria, anche quella di altre persone. E in un centro psicosociale un paziente si è visto consegnare, via fax per errore, l'elenco dei soggetti nei cui confronti il Dipartimento di salute mentale aveva disposto un trattamento sanitario obbligatorio. Il rispetto della dignità della persona. Altri casi riguardano il mancato rispetto della dignità della persona. Diverse segnalazioni ricevute lamentavano a esempio le modalità di consegna di specifici presidi, utilizzati da persone incontinenti o stomizzate (a es., cateteri, ausili per evacuazione e per stomia, raccoglitori e assorbenti per urina), recapitati in pacchi trasparenti o recanti sulla parte esterna o sulla bolla di consegna l'indicazione in chiaro della tipologia del contenuto, oppure consegnati al vicino di casa o al portiere, in assenza di autorizzazione dell'interessato; in alcuni casi, i predetti presidi sarebbero stati lasciati addirittura incustoditi davanti la porta di ingresso della dimora dell'interessato.

Tra le misure individuate dal Garante: effettuare la consegna preferibilmente nelle mani dell'interessato; non lasciare il presidio incustodito nelle vicinanze del luogo indicato dall'interessato; imballare il presidio in un contenitore non trasparente sprovvisto di indicazione circa il suo contenuto; consegnarlo a terzi (a es., vicino di casa, parente, portiere) solo su indicazione dell'interessato.

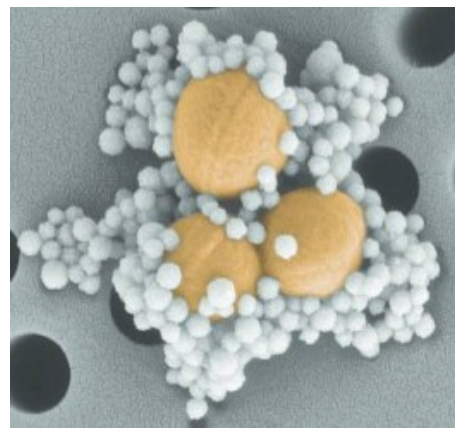
Il problema Hiv. Particolarmente complesso e delicato è il trattamento dei dati personali nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni mediche a pazienti affetti da Hiv. Al Garante sono infatti pervenute alcune segnalazioni con riferimento all'esibizione del codice di

esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria previsto per le infezioni da Hiv. Alcuni interessati, specie se residenti in piccoli centri, lamentano inoltre di dover effettuare le pratiche amministrative per il rilascio o il rinnovo dell'esenzione da Hiv nella propria Asl di residenza, ove spesso è impiegato personale che, per le ragioni più varie, può avere conoscenza diretta dei pazienti.

Il trattamento dei dati sanitari per fini amministrativi. Diversi interventi dell'Authority hanno riguardato i trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute effettuati da strutture sanitarie pubbliche per finalità amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal Ssn. Nel caso delle certificazioni di invalidità civile, per esempio, numerosi cittadini hanno lamentato la presenza - nei verbali delle commissioni mediche - di informazioni sanitarie, come i dati anamnestici e le diagnosi, non pertinenti né indispensabili all'erogazione dell'assegno di invalidità e che quindi non dovrebbero essere conoscibili dal personale che lavora alle pratiche. I dati genetici e la ricerca. Un nodo fondamentale è quello delle ricerche scientifiche in campo medico, biomedico ed epidemiologico effettuate mediante l'utilizzo di dati genetici e di campioni biologici raccolti a fini di tutela della salute. In alcuni casi l'autorizzazione generale (adottata con provv. 13 dicembre 2012, sentito il ministro della Salute, che acquisisce, a tal fine, il parere del Consiglio superiore di sanità) consente di procedere al trattamento dei dati anche in assenza del consenso degli interessati. Il Garante per la privacy ha comunicato, in diverse occasioni, a enti di ricerca, società scientifiche e università che, sulla base dell'autorizzazione generale n. 9 per eseguire studi e ricerche in campo medico, biomedico ed epidemiologico, nel caso in cui risulti impossibile rendere l'informativa agli interessati, non è più necessario ottenere, caso per caso, specifiche autorizzazioni da parte dell'Autorità.

Rosanna Magnano

LA BIO-MILZA ANTI SETTICEMIA



Pronta la prima milza artificiale: si tratta di un dispositivo extra-corporeo, ispirato alle macchine per la dialisi, che usa microscopici magneti per ripulire il sangue da batteri, funghi e tossine responsabili di pericolose infezioni che possono portare alla morte per setticemia. La 'biomilza' è stata sviluppata dai ricercatori dell'università di Harvard, che pubblicano su *Nature Medicine* i primi successi ottenuti con la sperimentazione sui ratti.

Come funziona il dispositivo

Il dispositivo è formato da due canali principali collegati trasversalmente da piccole aperture: nel primo canale scorre il sangue infetto da depurare, mentre il secondo contiene una soluzione salina in cui vengono confinati i microrganismi man mano che vengono catturati. Il segreto per intrappolarli sta nell'uso di microscopiche perline magnetiche (500 volte più piccole di un capello) rivestite con una speciale 'esca', ovvero una versione geneticamente modificata della proteina umana Mbl (lectina legante il mannosio) che aggancia gli zuccheri presenti sulla superficie di tossine e microrganismi (vivi e morti).

I primi dati

I primi test di laboratorio condotti usando sangue umano infetto hanno dimostrato che la biomilza è in grado di filtrare fino ad un litro di sangue all'ora rimuovendo più del 90% dei patogeni. Risultati altrettanto promettenti sono stati ottenuti sui topi: il 90% degli animali sottoposti a filtrazione è sopravvissuto, contro il 14% di quelli non trattati. I dati dimostrano che il passaggio attraverso la biomilza non altera la composizione del sangue e non provoca la formazione di coaguli.



PATTO SALUTE. LORENZIN: "I NUOVI LEA SLITTANO A FINE ANNO"

"Sono molto soddisfatta, dopo 15 giorni di riunioni no stop con la commissione Salute della Conferenza delle Regioni e il Mef, ora manca solo il via libera dei governatori per la ratifica dell'intesa. Spero che non ci siano sorprese e si possa dire che questa importantissima riforma che riorganizza la programmazione per il prossimo triennio e risolve una serie di nodi lasciati aperti negli ultimi anni nel sistema sanitario, sia andata finalmente in porto. Sarà il passo decisivo per garantire la sostenibilità del nostro Ssn per i prossimi 15-20 anni". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha parlato dello stato dell'arte del Patto della Salute prima di entrare nell'aula della commissione Igiene e Sanità del Senato per il seguito dell'audizione sull'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn.

Come spiegato dal ministro, il punto di partenza del nuovo Patto per la Salute è stata la certezza di budget per la sanità richiesta a più riprese dalle Regioni. In tal senso, è stata confermata la presen-

za di una spending review all'interno del Patto che "servirà a reperire risorse da reinvestire all'interno dello stesso settore", ha assicurato Lorenzin. "C'è infatti bisogno di investimenti in infrastrutture, personale, tecnologie, ricerca e accesso ai nuovi farmaci- ha proseguito il ministro nel corso dell'audizione-. Con i risparmi, inoltre, presenteremo la lista dei nuovi Lea che saranno finanziati con 900 mln di euro in 3 anni. Ci sarà anche un aggiornamento del nomenclatore delle protesi audio-visive".

Il ministro ha riferito alla commissione che, all'interno dell'accordo con i rappresentanti delle Regioni, si sono volute affrontare le due sfide principali che hanno messo a rischio il nostro Ssn: la longevità, con un conseguente aumento della spesa sanitaria e della domanda socio-assistenziale, e la crisi economica che ha comportato una contrazione della spesa in generale e di quella sanitaria nel particolare.

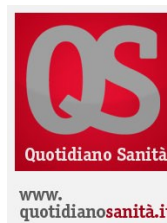
In tema di Piani di Rientro, Lorenzin ha annunciato che nel Piano sono state "cedute porzioni di sovranità da parte delle Regioni per poter porre in essere un sistema di controllo più efficace e efficiente laddove si presentino problemi gestionali, in modo da poterli affrontare con tempestività prima che scattino meccanismi di commissariamento". In pratica un meccanismo di allerta che prevede un nuovo ruolo per Agenas e l'avvio di un sistema di open data che permetta un accesso immediato ai dati non solo di tutte le aziende sanitarie, ma anche un collegamento con i dati delle prescrizioni dei medici di famiglia, con il fascicolo sanitario e con le stesse farmacie. "Potremo così individuare parametri ad hoc per affrontare per

tempo i possibili allarmi, tentando di evitare nuovi Piani di rientro, con l'intervento di una task force ad hoc chiamata a risolvere prontamente gli eventuali problemi gestionali". Sono state inoltre, "stabilite nuove norme per uscire da Piani di rientro, ma anche per rendere il loro percorso più snello e meno burocratizzato". Lorenzin ha poi ribadito la necessità di tenere insieme equilibrio bilancio e qualità servizi, riconoscendo come in questi ultimi anni non ci sia stata "la stessa attenzione tra riequilibrio dei conti e erogazione dei Lea".

Quanto ai ticket: "Abbiamo affrontato il tema della compartecipazione nel Patto - ha detto Lorenzin - abbiamo inserito una sorta di legge delega con una commissione che entro dicembre dovrà stabilire nuovi ticket che saranno improntati all'esigenza di equità sociale e di contrasto a chi evade".

Confermata, infine, la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri che passerà a 3,7 per mille abitanti. Nel contempo, si dovrà potenziare il territorio anche nell'ottica di un'integrazione sempre più stretta con l'assistenza socio-sanitaria.

da *Quotidiano Sanità*
del 26/06/2014



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