



UNA VERA OPPORTUNITÀ PER L'OPTOMETRIA ITALIANA

Sono oltre 40 anni che gli ottici italiani hanno fatto propria questa disciplina scientifica e che la praticano nei loro negozi.

Si è determinata così negli anni la figura dell'ottico-optometrista. Questo trait d'union salda due figure professionali vicine, ma in realtà, con peculiarità diverse. Il primo, l'ottico, costruisce e fornisce l'ausilio visivo (occhiale, lente a contatto). L'optometrista "si occupa" dei difetti visivi. Perché le virgolette? Perché l'optometrista non si limita ad individuare e prescrivere la correzione del difetto visivo, ma si preoccupa del tuo benessere visivo e dove possibile previene, rieduca, potenzia le abilità visive. L'ottico ha un profilo professionale riconosciuto dal R.D. del 1928. L'optometrista non ha alcun profilo riconosciuto per legge. Vive, oggi, delle sentenze della Cassazione, determinatesi sui conflitti con i medici oculisti. Questo squilibrio legislativo oggi si può e si deve colmare. Ci viene incontro l'Europa, dove in molti paesi, l'optometria è una professione riconosciuta ed autonoma dal medico. Infatti recependo lo spirito e le sollecitazioni dell'UE, la legge n. 4 del 2013, permette alle professioni non ordinistiche, la certificazione delle competenze. Per questo sette Optometristi: Dimer Morandi (presidente), Gian Enea Barilli, Fabrizio Venturelli, Massimo Vasumi, Marco Monti, Gianna Manna, Roberto Servadio, (consiglieri) hanno dato vita all'Associazione degli Optometristi di CNA.

Lo scopo è quello di arrivare alla certificazione, come previsto dalla

legge, di distinguere l'ottico dall'optometrista, di mettere finalmente le ali ad una professione che può dare molto in termini professionali agli amatori. Ma come sempre in Italia, con una mano si fa, con l'altra si disfa. Il Ministero della sanità ha avvocato a sé il profilo professionale dell'optometrista.

Difficile non vederci interessi di lobbies, che tentano da sempre, di rimandare sine die, la nostra certificazione. Si perché nei decenni abbiamo assistito ad un vero e proprio percorso a zig-zag dell'ottico-optometrista. E' stato collocato e tolto dall'area sanitaria più volte in ragion di logiche spesso non attinenti alla professione in se. D'altronde il ministero non potrà temporeggiare a lungo. Primo: la 4/13 è una legge dello stato, e bisogna vedere fin dove un Ministero può fermarne l'applicazione; secondo: noi Optometristi di CNA, vigileremo su ciò in tutte le sedi possibili, metteremo il nostro impegno per arrivare alla certificazione. Intanto apriamo un percorso di dialogo con le altre associazioni del settore. Anche con chi è scettico rispetto a questa legge. Ma soprattutto con quei colleghi, in tutta Italia, che vogliono condividere questo obiettivo, che come noi pensano che la 4/13 sia un'opportunità.

Anche perché una beata quiescenza intorno al problema, potrebbe lasciare gli ottici orfani della loro "compagna" prediletta, l'optometria.

Dimer Morandi

Presidente CNA Optometristi

Sommario:

Opportunità per l'optometria italiana	1
Studi, appalti pubblici per pochi	2
Il legittimo recupero degli interessi	2
Pagamenti PA, CGIA: ridotti i tempi	3
Laurea in Biologia non assorbe titolo Tecnico di Laboratorio	3
Dispositivi, prezzi annullati	4
TAR Lazio, illegittimi i prezzi di riferimento dei dispositivi medici	4
Crisi, tornano protesi mobili e dentiere	5
Paziente riottoso, medico salvo	5
L'approfondimento: Società di professionisti - Odontoiatria: monoprofessionali ma hi-tech	6
Debuttano le società di professionisti.	7
Società tra professionisti: le chance per l'odontoiatria	7
L'autorizzazione per lo studio odontoiatrico necessaria solo con attività pericolosa	8
Autorizzazione apertura studio odontoiatrico	8
Medico-Casa Cura privata: natura subordinata rapporto di lavoro	9
UE, con carta professionale più semplice lavorare all'estero	9
Studio EURES, in Italia 10.000 falsi dentisti	9
Metabolismo del rame e miopia	10
Degenerazione Maculare: nuova terapia	10
Il massofisioterapista è un operatore con funzioni ausiliarie	10
Germania, mecca del lavoro per i professionisti della sanità	11
Aggiornamento regolatorio pubblicità	11
Si all'estetista in farmacia	11
App sanitarie: guadagnare tempo	12
Legittimo parere preventivo su adeguamenti strutturali	11

APPALTI



STUDI, APPALTI PUBBLICI PER POCHI

Bandi vietati al 97,3% dei professionisti dell'area tecnica

Oltre il 97% degli studi professionali è fuori dal mercato dei lavori pubblici. Un dato che si è trasformato in un immediato grido di allarme da parte di otto professioni tecniche (agrotecnici, architetti, dottori agronomi e dottori forestali, geologi, geometri, ingegneri, periti agrari, periti industriali) che hanno scritto una lettera direttamente all'Autorità garante della concorrenza e del mercato sollecitando un intervento immediato per rimuovere tutte «le distorsioni anticoncorrenziali».

Tutto parte dai vincoli imposti dall'art. 263 del Regolamento di attuazione del codice dei contratti (dpr 207/10), il quale prevede che le stazioni appaltanti, redigendo il bando per gli affidamenti di servizi di architettura e di ingegneria, fissino tra i requisiti tecnico-economici necessari per partecipare alla gara, non solo il fatturato che il concorrente deve dimostrare di avere maturato negli ultimi cinque anni (da due a quattro volte l'importo del servizio oggetto della gara), ma anche il personale tecnico (dipendenti o consulenti stabili) di cui il concorrente deve dimostrare di avere fruito negli ultimi tre anni (da due a tre volte il numero stimato nel bando).

Si tratta di requisiti che, denunciano i rappresentanti delle categorie professionali, nel frattempo riunite in un tavolo ad hoc proprio in materia di lavori pubblici, di fatto sbarrano la strada delle commesse pubbliche agli studi professionali e soprattutto ai giovani. E sono i numeri a parlare: secondo i dati censiti dal monitoraggio dell'Agenzia delle entrate per l'applicazione degli studi di settore, per l'anno 2011, il numero medio di strutture professionali con 1 addetto è pari all'84,5%, tra i 3 e i 5 addetti la percentuale è pari al 10,5%, dai 3 ai 5 pari al 2,3% e infine per numero di addetti da 5 a 10 pari all'1,7%. Questo significa che, nelle gare per l'affidamento di servizi di architettura e ingegneria di importo stimato superiore a 100.000 euro, per le quali il bando pubblicato dalla stazione appaltante imponga un numero di addetti superiore a cinque (requisito chiesto in più del

90% delle gare bandite sul territorio nazionale), si registra di fatto una chiusura del mercato di oltre il 97,3% dei professionisti. E il numero degli addetti è un criterio stringente e determinante anche per incarichi di importo estremamente basso. Il risultato? Un mercato dei lavori pubblici sostanzialmente riservato solo alle grosse società di professionisti, principio che si pone in netto contrasto, denunciano i rappresentanti delle otto professioni tecniche, di tutti i principi delle direttive comunitarie e dello stesso codice dei contratti, in materia di libera concorrenza e che lede il diritto alla libera prestazione dei servizi.

A essere chiamato in causa dalle professioni tecniche non è solo l'Antitrust, ma anche il ministro delle infrastrutture Maurizio Lupi ancora una volta sul tema dei lavori pubblici (il tema è così sentito tanto che anche l'ordine degli ingegneri di Roma ha appena istituito il tavolo permanente sulla legislazione dei lavori pubblici). Nel caso però del ministro Lupi il riferimento è al Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture e al relativo regolamento di attuazione per i quali le professioni propongono una serie di emendamenti. L'obiettivo dei correttivi è quello di andare verso una maggiore trasparenza negli affidamenti incentivando le stazioni appaltanti a ricorrere al concorso di progettazione o di idee piuttosto che al solo criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

LA FOTOGRAFIA

Il numero degli studi con 1 addetto è pari al 84,5%, da 1 a 3 al 10,5%, da 3 a 5 2,3%, da 5 a 10 a 10,1%.

Su 142.621 contribuenti esaminati, solo 1.325 hanno fruito di un numero di collaboratori (addetti) tra 5 e 10.

Nelle gare per l'affidamento di servizi di architettura e ingegneria per le quali il bando imponga un numero di addetti superiore a 5 si è così registrata una chiusura dal mercato del 97,3% dei professionisti.

Fonte: Dati censiti dall'agenzia dell'entrate per il monitoraggio e l'applicazione degli studi di settore per l'anno 2011

IL LEGITTIMO RECUPERO DEGLI INTERESSI DI CUI AL D.LGS. 231/02

ANTOI, in un'ottica di servizio agli associati, si è convenzionata con una società di recupero crediti (Omnialex srl) che sarà a disposizione degli associati con i propri avvocati con proposte di collaborazione molto vantaggiose in termini di costi, anche per il recupero di interessi comunitari maturati sui ritardati pagamenti, con evidenza di tali convenzioni sul sito web di ANTOI.

L'acuirsi delle difficoltà finanziarie provocate dai ritardati pagamenti in un contesto di mancanza di liquidità per le aziende, richiama l'attenzione dell'imprenditore sulla opportunità di procurare liquidità per l'impresa richiedendo alla Pubblica Amministrazione non solo il saldo del credito, ma l'integrale recupero degli importi dovuti per gli interessi di cui al D.Lgs. 231/02 (tasso legale + 7%).

È noto che ai sensi del D.Lgs. 231/02, nei pagamenti conseguenti a transazioni commerciali, gli interessi decorrono automaticamente dal giorno successivo alla scadenza e le imprese non possono esimersi dal richiedere gli interessi moratori nemmeno se non è loro intenzione richiederne il pagamento per non compromettere i rapporti con il cliente.

Pertanto la Pubblica Amministrazione debitrice, quando paga con ritardo, deve prima saldare gli interessi maturati e le eventuali spese (ai sensi dell'art. 1194 cod. civ. e art. 6 del D.Lgs. 231/02), e successivamente estinguere il debito relativo al capitale, tutto ciò per impedire un inevitabile pregiudizio per il patrimonio del creditore.

Ciò permette di poter richiedere giudiziariamente il rimborso degli importi ancora dovuti per il capitale non saldato (e gli interessi negli anni accumulatisi per quella parte di capitale), risalendo così a pagamenti di fatture avvenuti fino a 10 anni fa.

I tecnici ortopedici potranno così legittimamente promuovere attività di recupero di questi crediti, necessariamente dovuti dalla Pubblica Amministrazione, ottenendo nuova e inaspettata liquidità.

Omnialex srl



PAGAMENTI PA, CGIA: RIDOTTI DI 10 GIORNI I TEMPI

Nei primi mesi del 2013 lo Stato e le sue autonomie locali hanno ridotto di 10 giorni i tempi di pagamento nei confronti dei propri fornitori. Lo indica la Cgia di Mestre sottolineando che l'Italia continua comunque a essere il peggior pagatore d'Europa.

Se l'anno scorso le fatture venivano saldate mediamente dopo 180 giorni, quest'anno, stando all'elaborazione della Cgia di Mestre su dati presentati nei giorni scorsi da Intrum Justitia, i fornitori devono attendere 10 giorni in meno, cioè 170. Solo la Grecia, che nella graduatoria generale è al penultimo posto, ha fatto meglio di noi: per l'anno in corso ha accorciato i tempi di pagamento di 15 giorni.

L'accorciamento dei tempi, secondo **Giuseppe Bortolussi** segretario della Cgia di Mestre è prodotto «sia dagli effetti della nuova legge entrata in vigore il primo gennaio sia perché nel Paese si è diffusa una certa sensibilità nei confronti di questo problema». Se la Pa italiana salda le fatture mediamente dopo 170 giorni, la media europea è di 61 giorni (-5 rispetto al 2012).

La Pa francese onora i suoi impegni a 60 giorni, quella inglese a 41 giorni e quella tedesca a 36. La riduzione dei tempi di pagamento della Pa italiana trova conferma anche nella Sanità che storicamente è uno dei settori dove i ritardi, soprattutto al Sud, «sono spaventosi». Ancora adesso il pagamento medio a livello nazionale avviene dopo

284 giorni.

Nel 2013, sempre secondo un'elaborazione della Cgia questa volta su dati Assobiomedica, i tempi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche, con riferimento alle forniture di dispositivi medici, si sono accorciati a livello nazionale di 14 giorni, con punte di -83 in Campania, di -41 in Sardegna, di -40 in Calabria e di -32 in Puglia.

Un dato che secondo il presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro «conferma un trend che interessa tutta la spesa sanitaria regionale. Abbiamo raggiunto il pareggio di bilancio, abbiamo ridotto i tempi di attesa dei pagamenti. Abbiamo insomma qualificato la spesa». A conferma che «siamo i migliori in Italia» ha aggiunto Caldoro. Nelle transazioni commerciali tra imprese private, invece, la situazione rimane immutata.

Anche in questi primi mesi del 2013 i committenti pagano i propri subfornitori a 96 giorni, mentre in Francia i giorni di calendario necessari per essere saldati sono scesi a 55, nel Regno Unito a 41 e in Germania a 34. La media europea è di 49 giorni (-3 rispetto al 2012).

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 21 maggio 2013



REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:

BREVIGLIERI CRISTINA (CNA Bologna)

Tel. 051 299287

CAVINI SALVATORE (CNA Imola)

Tel. 0542 632611

FREGNI AZIO (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 Forlì-Cesena)

Tel. 0543 770285

SALVINO TERESA (CNA Reggio Emilia)

Tel. 0522 356395

SUZZI ROBERTA (CNA Ravenna)

Tel. 0544 298634

TAGLIAFICHI GIUSEPPINA (CNA Piacenza)

Tel. 0523 572211



LAUREA IN BIOLOGIA NON ASSORBE TITOLO DI TECNICO LABORATORIO

Il fatto

L'A.N.Te.L. (Associazione Nazionale Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico) ha impugnato la sentenza del TAR con la quale è stato respinto il ricorso promosso per ottenere l'annullamento del concorso indetto dalla ASL per l'assunzione di collaboratori professionali - tecnici sanitari di laboratorio biomedico al quale sono stati ammessi a partecipare anche soggetti in possesso di laurea in scienze biologiche o biotecnologie. Il giudice amministrativo di primo grado ha ritenuto che la laurea in scienze biologiche costituisce un titolo superiore

nello stesso campo e pertanto è assorbente rispetto al diploma universitario di tecnico di laboratorio.

Profili giuridici

Il Consiglio di Stato, dal punto di vista strettamente processuale, ha dichiarato improcedibile il ricorso di primo grado proposto dall'ANTEl, per omessa impugnazione della graduatoria definitiva del concorso, annullando la sentenza del TAR senza rinvio. La pronuncia contiene comunque importanti statuizioni sul merito della vicenda, in particolare alla luce della relazione del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca acquisita

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 28 giugno 2013

nel corso del giudizio. Chiarisce il Ministero che l'equipollenza o l'equiparazione ha sempre riguardato titoli universitari dello stesso livello e si è sempre esclusa l'interpretazione in base alla quale un titolo di livello superiore possa essere ritenuto assorbente rispetto ad altro di livello inferiore. Pertanto, non può sostituirsi a una laurea in biologia né di primo né di secondo livello al titolo specifico ai fini dell'esercizio della professione di tecnico di laboratorio biomedico.

Avv. Ennio Grassini

www.dirittosanitario.net



DISPOSITIVI, PREZZI ANNULLATI

QUORE
Sanità

n. 18 del 14 maggio 2013

Sbagliato riferirsi alla classificazione nazionale - Agenas: «Revisione in corso»

Annulato l'elenco dei prezzi di riferimento per i dispositivi medici fissato dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici. La terza sezione del Tar Lazio (sentenza n. 4401/2013, depositata il 2 maggio) ha accolto in parte il ricorso di Medtronic Italia, sostenuto da Assobiomedica, chiarendo che l'elenco dei prezzi di riferimento pubblicato sul sito dell'Authority è illegittimo per «difetto di istruttoria»: l'errore è stato quello di usare per la base dati costruita per fissare i prezzi la classificazione nazionale dei dispositivi medici, che individua classi di prodotti molto ampie, con caratteristiche diverse e prezzi che possono divergere anche sostanzialmente. Un difetto ammesso dalla stessa Autorità.

Se cessa di essere uno strumento operativo di controllo della spesa per le Regioni e si trasforma in prezzo imposto, il prezzo di riferimento - scrive il Tar - «non può essere determinato in relazione a categorie generali e astratte di dispositivi e in modo sostanzialmente avulso dalle caratteristiche dei contratti». Un prezzo che «si impone alla

parte privata (che, ove non l'accetti, deve subire il recesso dell'amministrazione) presuppone innanzitutto che esso sia riferibile a dispositivi effettivamente confrontabili per caratteristiche qualitative e funzionali con quelli oggetto dei singoli contratti; presuppone altresì che si tenga conto delle caratteristiche di questi ultimi che possono maggiormente influire sul prezzo». Come rilevato da Medtronic, la rilevazione non considera elementi centrali dei contratti capaci di influire sul prezzo: la fornitura o meno di servizi accessori e associati, le quantità, le modalità di pagamento e la durata.

Di per sé - precisa il tribunale amministrativo - la decisione, confermata ex post dalla normativa, di fissare il prezzo di riferimento al decimo percentile ovvero alla media tra il decimo e il venticinquesimo nel caso di poche rilevazioni non sarebbe illegittima. Risponde infatti alla ratio della spending review (ridurre la spesa eliminando gli sprechi e le inefficienze). Non sarebbe neppure irragionevole, nella misura in cui il prezzo di riferimento corrisponda a contratti effettivamente conclusi e a prezzi effettivamente praticati rispetto al sin-

golo concreto dispositivo. «Tuttavia è chiaro - conclude la sentenza - che ciò presuppone che il prezzo di riferimento fissato sia concretamente confrontabile con quello oggetto del contratto e che si basi su un congruo numero di rilevazioni». Condizioni che mancano.

Soddisfatta **Fernanda Gellona**, direttore generale di Assobiomedica: «Avevamo già evidenziato a più riprese e in tutte le sedi competenti i gravi vizi contenuti nei provvedimenti in questione, ampiamente illustrati all'interno del documento elaborato dal nostro centro studi e allegato agli atti del giudizio».

«Stavamo già lavorando a una riformulazione degli elenchi dei beni e servizi, tra cui i dispositivi medici, sulla base dei quali l'Avcp deve individuare i prezzi di riferimento e il nuovo elenco dovrebbe superare i rilievi e gli elementi di criticità del vecchio elenco soprattutto rispetto alla disomogeneità dei beni», ha commentato il presidente Agenas, **Giovanni Bissoni**, specificando che nel giro di un mese tutta la revisione dovrebbe essere conclusa.

Manuela Perrone



TAR LAZIO, ILLEGITTIMI I PREZZI DI RIFERIMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI

I prezzi di riferimento sono illegittimi: il pronunciamento è del Tar del Lazio, mentre i prezzi in oggetto sono quelli stabiliti dall'Autorità di vigilanza dei contratti pubblici per i dispositivi medici

I prezzi di riferimento sono illegittimi: il pronunciamento è del Tar del Lazio, mentre i prezzi in oggetto sono quelli stabiliti dall'Autorità di vigilanza dei contratti pubblici per i dispositivi medici. Dalle siringhe agli stent, l'Autorità aveva stilato dei nuovi prezzi di riferimento con l'intenzione di procedere a una razionalizzazione della spesa sanitaria regionale che recepisce le richieste governative in tema di spending review. Il ricorso, avanzato da una ditta del settore, aveva avuto l'appoggio legale di Assobiomedica, che ha accolto la sentenza con grande soddisfazione.

L'errore individuato dal Tar è di tipo metodologico. Prima di tutto, il numero

di rilevazioni effettuate è insufficiente e quindi scarsamente rappresentativo. Inoltre, la classificazione nazionale dei dispositivi medici (Cnd) è stata utilizzata in maniera errata, con il risultato che il prezzo di riferimento non è confrontabile con i singoli dispositivi e con le caratteristiche concrete delle singole gare, quali i servizi associati e accessori, le quantità di forniture, le modalità di pagamento e la durata dei contratti.

«Se il prezzo di riferimento cessa di costituire uno strumento operativo di controllo e razionalizzazione della spesa per essere trasformato sostanzialmente in un prezzo imposto - si legge nella sentenza - esso non può essere determinato in relazione a categorie generali o astratte di dispositivi e in modo sostanzialmente avulso dalle caratteristiche dei contratti».

Il presidente dell'Assobiomedica **Stefa-**

no Rimondi ritiene che la decisione del Tar sia di grande rilevanza per l'intero settore. «Assobiomedica - afferma - da tempo tentava di spiegare quanto sia importante che nel confronto tra prodotti vengano tenuti in considerazione tutti i fattori che compongono la fornitura: i volumi, le modalità di consegna, l'assistenza tecnica, il livello di evoluzione tecnologica del prodotto, la formazione necessaria agli operatori. Le comparazioni vanno fatte tra prodotti e forniture simili, e il fatto che il Tar del Lazio abbia condiviso la nostra posizione lo dimostra».

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 9 maggio 2013



C'È LA CRISI: TORNANO IN AUGE PROTESI MOBILI E DENTIERE

*****40 ORE**
Sanità

n. 19 del 21 maggio 2013

Questo secolo si sta profilando come l'era degli anziani (over 65 anni) e quindi tutte le branche della medicina, compresa l'odontoiatria, si dovranno attrezzare per assistere questa grossa fetta di individui che già nel 2030, secondo i dati Istat, rappresenterà più di un quarto della popolazione. In questi soggetti, l'edentulia è presente in una percentuale che aumenta in funzione dell'età, passando da un 22,6% nei soggetti da 65 a 69 anni, fino al 60% in quelli over 80. Ciò comporta che un numero sempre maggiore di soggetti edentuli si presenterà nello studio odontoiatrico per "curare" il deficit estetico e funzionale dovuto a tale grave menomazione. Si era pensato che il continuo miglioramento delle tecniche implantari avrebbe comportato il superamento della necessità di protesi rimovibili parziali o totali, e quindi l'insegnamento e l'apprendimento delle tecniche di realizzazione erano state quasi completamente abbandonate.

La grave contingenza economica dei nostri giorni, col diminuire delle possibilità economiche della popolazione, ha comportato invece un rinnovato interesse per questo tipo di protesi, più semplice e meno costosa, ma non per questo meno nobile e complessa nella sua realizzazione. Ma la funzione della protesi rimovibile non è solo quella di consentire un ripristino della funzione e un mantenimento dell'estetica a costi più contenuti, essa ha un compito ben più importante e specifico, anche quando si vuole intraprendere nell'edentulo un trattamento completamente implanto-supportato.

I passaggi che portano alla realizzazione di una protesi rimovibile di qualità prevedono infatti la definizione della dimensione verticale, del rapporto di occlusione, dell'inclinazione dei denti anteriori, dell'ingombro del manufatto, della quantificazione del supporto ai tessuti molli, della posizione dei denti nell'arcata.

Tutti questi dati sono di importanza cruciale nel mantenimento della funzione masticatoria e fonatoria e dell'estetica dei tessuti periorali.

La protesi rimovibile quindi fa la funzione della ceratura diagnostica che si esegue in protesi fissa e, se riprodotta in una dima prima radiografica poi chirurgica, guida il trattamento implantare consentendo di stabilire la posizione

corretta delle fixture e di riportarla esattamente in cavo orale.

In questo modo si otterranno una funzione e un'estetica della protesi implanto-supportata che è già passata al vaglio e testata sul paziente con la protesi rimovibile che l'ha preceduta.

La conoscenza dei passaggi fondamentali per la costruzione di una protesi rimovibile di qualità diventa però la "condicio sine qua non" e da questa non si può prescindere. Sarebbe quindi



PAZIENTE RIOTTOSO, MEDICO SALVO

Nessuna responsabilità penale se il malato trascura ogni controllo

È esente da colpa il sanitario che dopo avere informato la paziente delle complicità di un intervento, nel caso di specie by-pass gastrico, omette di monitorarne il decorso clinico per cause imputabili alla paziente stessa che non si reca ai controlli e non segue il piano terapeutico. La posizione di garanzia assunta dal sanitario non può estendersi fino al punto di dover ripetere insistentemente nei confronti di una paziente adulta, ormai dimessa dalla clinica, le prescrizioni e le raccomandazioni meticolosamente fornite.

È con questa motivazione che la quarta sezione penale della Cassazione (sentenza n. 19556/2013, depositata il 7 maggio), ha assolto il medico che era stato condannato in primo grado per omicidio colposo dal tribunale di Roma e poi assolto dalla Corte d'appello che, ribaltando il primo verdetto, ritenne che il fatto non costituisse reato.

I familiari della paziente ricorsero alla Suprema Corte sostenendo che la tecnica adottata dal chirurgo fosse desueta in campo internazionale in quanto comportava rilevanti rischi e controindicazioni; sicché sarebbe stato necessario scegliere una tecnica diversa e più sicura.

Nel respingere la domanda, la Suprema Corte ha accertato che la paziente sottoscrisse un completo modulo di consenso informato. Quella specifica tecnica, inoltre, era tra le prestazioni

auspicabile che il mondo odontoiatrico non s'interessasse solo di fixture e Cad Cam, ma rinnovasse l'interesse per questa disciplina così importante e difficile, perché le macchine fanno tanto, ma l'intelligenza, la conoscenza e la mano dell'uomo sono sempre la guida indispensabile per tutti i processi.

Lilia Bortolotti

*Odontoiatra libero professionista,
Bologna*

rimborsate dal Ssn e considerata appropriata in ambito nazionale, come evidenziato nelle linee guida 2008 della Sicob. Quanto alle linee guida americane e del Regno Unito citate dai familiari della paziente, nelle quali tale intervento non è menzionato, rileva la spiegazione offerta dal consulente tecnico della difesa: l'abbandono della procedura in area anglosassone era dovuto ai costi di follow-up, non accettati dalle assicurazioni private.

Tutti i pareri medici acquisiti concordano nel ritenere che sul piano oggettivo vi fosse stata una grave ed evidente latenza diagnostica e terapeutica fino al ricovero ospedaliero della paziente in condizioni di grave e irreversibile insufficienza epatica. Tuttavia è emerso anche che la paziente effettuò sì gli esami ematochimici prescritti con cadenza quasi mensile nei cinque mesi successivi, ma inviò al chirurgo i referti solo in seguito a sollecitazione del medico e dietro l'insistenza del sacerdote che la seguiva spiritualmente.

In ragione di ciò, la Cassazione ha accolto la tesi secondo la quale il venir meno del protocollo di cura da parte del paziente esonera il sanitario dal dovere di garanzia, non potendo pretendere che il terapeuta spinga la sua diligenza al di là di un insistito invito a presentarsi ai controlli. Non si scorge quale più radicale e risolutiva iniziativa costui potesse assumere, considerato che non poteva neppure escludersi che la paziente avesse deciso di rivolgersi ad altro sanitario.

Paola Ferrari

L'APPROFONDIMENTO



ODONTOIATRIA: MONOPROFESSIONALI MA HI-TECH

Ancora poco diffuse le società - La richiesta: «Più detrazioni per i pazienti»

Opera da solo in un unico studio e senza collaboratori, offre ai propri pazienti quasi tutte le specialità lavorando in un ambiente "tecnologicamente avanzato" ed è condizionato dalla crisi. È questa la fotografia del dentista italiano fatta dal servizio studi Andi attraverso una ricerca condotta con l'obiettivo di capire come è organizzato. «Un dentista che fatica ad adattarsi ai cambiamenti che stanno interessando la professione, ma nonostante questo continua a investire, anche se con fatica, su innovazione e professionalità», ci dice Roberto Callioni, coordinatore del servizio studi Andi.

Una difficoltà ad adattarsi al "nuovo che avanza" causata, anche, dall'età degli iscritti all'Albo: 26mila di loro ha più di 54 anni. «Non è solo un problema anagrafico, la nostra professione è individualistica, il paziente sceglie il professionista per essere curato e non la struttura; infatti il nostro sondaggio conferma come non ci siano sostanziali differenze tra le scelte fatte dai dentisti giovani rispetto a quelli anziani», continua Callioni.

Il 71% dei dentisti italiani lavora in uno studio indipendente non condiviso con altri, mentre il 13,8% ha scelto di associarsi: l'11,4% si avvale di collaboratori.

Ancora poco utilizzato lo strumento

societario scelto dal 3,7% dei dentisti italiani. Lavorando prevalentemente da solo, il dentista italiano pratica un gran numero di specialità: il 39,2% tra 6-7, il 37% 4-5, mentre il 23% fino a 3. Principalmente in studio si fa conservativa ed endodonzia (59,6%), ortodonzia (15,5%), protesi (13,6%), igiene e prevenzione (7,6%), implantologia (2,5%).

Sul fronte crisi la situazione non è certo migliorata ma - volendo vedere il lato positivo - neppure troppo peggiorata. Dal 2010 in media i dentisti italiani hanno trattato 0,4 pazienti in meno al giorno: in media ne vedono 11,7, ma in un mese si lavora a tempo pieno solo 12,4 giorni.

Il 41,6% dei dentisti italiani indica un calo dei ricavi nel 2012 rispetto al 2011; per il 41,8% gli incassi sono rimasti invariati mentre hanno incrementato il 16,6% degli studi. A vedere più pazienti sono in prevalenza i giovani, con lo studio aperto da poco, i dentisti residenti al Centro Italia e le società. «Il dato che indica come i giovani dentisti e le società abbiano più degli altri incrementato il numero di pazienti è viziato dallo stesso nesso: entrambe sono strutture aperte da poco e quindi in espansione rispetto all'anno precedente», motiva Callioni.

A confermare come lo studio "grande" non sia sempre preferito dai pazienti, il dato che indica come in media a lamentare un calo di utenza sia lo studio pic-

colo (fino a 600 pazienti all'anno) ma anche quello medio-grande (da 1.200 a 2.000 pazienti trattati in un anno).

«La crisi che sta toccando lo studio odontoiatrico penalizza prevalentemente la salute dei cittadini», ricorda Gianfranco Prada, presidente nazionale Andi. «Rinunciare al dentista e in prevalenza a prevenzione e visite di controllo vuole dire compromettere, e quindi spendere di più in futuro, la propria salute orale. Per favorire l'accesso alle cure come Tavolo del Dentale abbiamo nuovamente chiesto al Governo di aumentare le detrazioni fiscali per i pazienti». Maggiori detrazioni che introdurrebbero nuove entrate nelle casse dello Stato. Secondo i dati portati dal presidente Unidi Gianfranco Berrutti, tra mancati accessi e pazienti che si rivolgono all'estero il fatturato "perso" per i dentisti italiani supera i 12 miliardi di euro.

Norberto Maccagno

Sanità

n.19 del 21 maggio 2013

Quanto spendono gli italiani per il dentista?

La spesa pro-capite per paziente che è andato dal dentista ultimi 12 mesi: **275,80 euro**

Numero studi odontoiatrici	Fatturato medio	Totale fatturato
41.327	149.300 €	6.170.121.000 €

Fonte: Agenzia Entrate-Studi di settore 2010

Acquisti delle principali categorie di beni di consumo

Tempo	Da quali tipologie di fonti?					
	Deposito dentale	Catalogo	Direttamente dal prod./fabbrica	Gruppo di acquisto	Direttamente all'estero	Altro
Oggi	52,2%	36,2%	9,0%	1,3%	0,7%	0,5%
Prox 2 anni	47,2%	37,3%	11,2%	2,6%	1,0%	0,6%

Mancato incasso dentisti/Stato

Mancati pazienti	Potenziale mancato incasso dentisti italiani *
33 milioni (60% non va da dentista ogni anno, fonte Istat)	9.075.000.000 €
3 milioni (pazienti persi ultimi 3 anni in Italia)	825.000.000 €
2 milioni (pazienti che si sono rivolti all'estero)	1.000.000.000 €

(*) 275 euro a paziente italiano - 500 euro per estero

L'aspetto economico - L'andamento degli affari

Livello delle tariffe	Ricavo 2011 rispetto al 2012			Previsione ricavo 2012 rispetto al 2011		
	Inferiore	Uguale	Superiore	Inferiore	Uguale	Superiore
Più basso	57,3%	39,9%	2,8%	75,9%	23,3%	0,8%
Uguale	40,8%	42,8%	16,4%	58,0%	35,5%	6,5%
Più alto	9,2%	37,2%	53,7%	14,3%	60,6%	25,1%
Totale	41,6%	41,8%	16,6%	58,2%	35,0%	6,8%

SEGUE L'APPROFONDIMENTO

DEBUTTANO LE SOCIETÀ DI PROFESSIONISTI. ERA ORA



24 ORE
Sanità

n.19 del 21 maggio 2013



SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI: LE CHANCE PER L'ODONTOIATRIA

Il 22 aprile, probabilmente nel momento di maggiore oscurità di una crisi economica che sempre di più travolge anche gli studi professionali (Stp), sono formalmente entrate in vigore le società tra professionisti. Non saranno certo l'aiuto decisivo che consentirà di uscire da un pantano fatto di imprese che chiudono, pagamenti sempre più in ritardo, studi che, per mancanza di liquidità, sempre più spesso mettono i dipendenti in cassa integrazione. Ma possono essere una chance da valutare.

Ci sono ancora numerosi aspetti da chiarire, come la disciplina fiscale, che sarà definita in una prossima risoluzione dell'Agenzia delle entrate. Una presa di posizione ufficiale che, dopo i tanti tentennamenti, qualificherà l'utile prodotto dagli stp come reddito di lavoro autonomo. Da questo punto di vista non ci saranno grosse novità rispetto all'attività di un singolo professionista o dell'attuale associazione professionale. In ogni caso saranno dovute le stesse imposte e gli stessi contributi previdenziali.

Al di là di questi dubbi ancora da sciogliere, la società tra professionisti presenta però alcuni vantaggi che, in alcune situazioni, potrebbero essere decisivi. Soprattutto la possibilità di limitare la responsabilità professionale dei soci.

Infine, la possibilità di far entrare nella compagine un socio non iscritto all'ordine per conferire capitali che, in alcuni casi, possono essere determinanti. Per esempio in fase di start up, o di ristrutturazione, o di acquisizione di altri studi.

Le Stp non segnano certamente la svolta decisiva per il mondo delle professioni, angustiato, come si è detto, da ben altri problemi. Oltretutto non saranno utilizzate dagli avvocati (per i quali la riforma forense prevede una disciplina ad hoc), né dagli ingegneri, che hanno problematiche e regole diverse rispetto alla maggior parte delle professioni. Tuttavia possono essere un'opportunità in più da valutare attentamente, non da scartare a priori. Dopo anni di attesa, è già qualcosa.

Marino Longoni

In attuazione dell'articolo 10, comma 10, della legge 183 del 2011 il legislatore è intervenuto - dopo molti anni - a dettare una disciplina specifica per le società di professionisti (Stp). Analizziamo in prima battuta i punti cardine per poi valutare la specifica portata in ambito dentale.

Oggetto della Stp è l'esercizio di una o più attività professionali da parte di professionisti iscritti a ordini, albi e collegi. Sono ammesse le società multidisciplinari: cardine della disciplina rimane la personalità della prestazione e a tal fine sono imposti stretti vincoli di trasparenza e informazione a favore del cliente (obbligo di consegnare l'elenco dei soci, anche investitori; diritto di chiedere la prestazione espressamente a un socio; esistenza di eventuali conflitti di interesse ecc.). Inoltre è prevista la possibilità per il socio professionista di avvalersi della collaborazione di ausiliari, sussiste il limite della partecipazione a una sola società professionale e il socio investitore deve essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale, non aver riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni e non essere stato cancellato da un albo professionale per motivi disciplinari.

Dal punto di vista degli adempimenti amministrativi, sono previste l'iscrizione presso una sezione speciale della Camera di commercio nonché l'iscrizione in una sezione speciale degli Albi presso l'Ordine o il Collegio professionale di appartenenza dei soci professionisti. Per le multidisciplinari l'iscrizione dovrà avvenire presso l'Albo o il registro dell'Ordine o Collegio professionale relativo all'attività individuata come prevalente. All'Ordine di iscrizione devono essere comunicate tutte le modifiche societarie che intervengono. Ogni socio è soggetto alle regole deontologiche dell'Ordine o Collegio al quale è iscritto: la società professionale rispon-

de disciplinarmente delle violazioni delle norme deontologiche dell'ordine al quale risulta iscritta e se la violazione deontologica commessa dal socio professionista, anche iscritto a un ordine o collegio diverso da quello della società, è ricollegabile a direttive impartite dalla società, la responsabilità disciplinare del socio concorre con quella della società.

Circa il profilo fiscale, la Relazione di accompagnamento al decreto n. 34/2013 spiega che tali aspetti restano estranei alla attuale disciplina: presumibilmente - siamo ancora in attesa della posizione formale dell'Agenzia delle Entrate - l'utile prodotto dalle Società tra professionisti (Stp) è diviso tra i soci verrà classificato come reddito da lavoro autonomo (Ris. 118/2003 sulle società di avvocati), quindi per i contributi si continuerà a pagare la Cassa di previdenza.

Veniamo ora alle peculiarità del settore dentale. È parere di chi scrive che la società professionale potrà trovare applicazione anche tra odontoiatri e igienisti (seppure il dettato normativo sembri riferirsi solo a professioni iscritte ad Albi e Collegi): del tutto pacifica sembra poi la costituzione di società tra odontoiatri e altre professionalità quali chirurgo maxillo-facciale o specialista in medicina estetica. È poi noto che in ambito sanitario (diversamente da altri settori) sono da tempo ammesse le società di gestione che richiedono sempre la presenza di una autorizzazione da struttura: in questo senso la possibile portata innovativa del nuovo istituto sarà legata alla possibilità (a parer mio ammissibile) di costituire società tra professionisti (es. odontoiatri e igienisti) mantenendo invece l'autorizzazione "da studio". Aspetto poi di ampio rilievo sarà la limitazione della responsabilità della società al solo patrimonio sociale, nonché la più agevole possibilità di valorizzare e, quindi, di cedere le quote societarie.

Silvia Stefanelli



L'AUTORIZZAZIONE PER LO STUDIO ODONTOIATRICO È NECESSARIA SOLO QUANDO SI SVOLGE ATTIVITÀ PERICOLOSA

Cassazione Civile - Sez. II 30 aprile 2013 n. 10207

Di amplissima portata innovativa la recentissima sentenza Cassazione Civile - Sez. II 30 aprile 2013 n. 10207 in materia di autorizzazione degli studi odontoiatrici.

Il quesito posto al giudice può così sintetizzarsi: l'art. 8-ter del D.Lgs. 502/92 richiede che tutti gli studi odontoiatrici siano indistintamente soggetti ad autorizzazione sanitaria, oppure la norma trova applicazione solo in determinati casi?

Andiamo per ordine.

Con il c.d. Decreto Bindi (D.Lgs. 229/99) viene introdotto l'art. 8-ter sulle autorizzazioni sanitarie degli studi professionali che così stabilisce:

"L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente..."

Le discipline regionali intervenute in attuazione della norma (anche a seguito della modifica del Titolo V Costituzione) hanno per lo più utilizzato la stessa formulazione letteraria del sopraccitato

art. 8-ter.

In fase di applicazione pratica, poi, tutte le Regioni hanno interpretato la disciplina in senso ampio: si è cioè ritenuto che "tutti" gli studi odontoiatrici dovessero possedere l'autorizzazione sanitaria, senza entrare nel merito delle effettive attività svolte.

In altre parole, senza verificare se (sotto il profilo di fatto) le procedure cliniche espletate fossero "di particolare complessità" o comportassero un "rischio per la sicurezza del paziente", si è ritenuto che l'erogazione di tutte le prestazioni odontoiatriche, in quanto tali, necessitassero di una autorizzazione sanitaria.

Quindi per tutti gli studi odontoiatrici, indipendentemente dalla tipologia di prestazioni erogate, è stata chiesta l'autorizzazione sanitaria.

Oggi sul punto è intervenuta la Cassazione con una interpretazione diversa.

Decidendo su una controversia - già risoltasi favorevolmente in primo e secondo grado - la Suprema Corte ha accolto la tesi di un odontoiatra di Fermo il quale sosteneva di non svolgere prestazioni a rischio per la salute del paziente e che conseguentemente non poteva essere pretesa l'autorizzazione sanitaria.

Così si legge in sentenza

La tesi svolta dal [Comune], secondo cui la normativa di settore sottoporrebbe ad autorizzazione dell'Autorità preposta l'apertura di qualsiasi studio odontoiatrico, non appare infatti trovare alcuna conferma nelle disposizioni di legge richiamate dal Comune ricorrente, 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.

In sostanza l'obbligo di autorizzazione non scatta automaticamente per tutti gli studi odontoiatrici, ma sussiste solo in presenza di elementi di fatto - che vanno accertati - che dimostrano l'erogazione di prestazioni che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

Ora si aprono nuovi dilemmi: quali sono le prestazioni che non "comportano un rischio per la sicurezza del paziente"? e, viceversa, quali sono quelle che (invece) comportano un rischio?

E nel caso in cui, in uno studio privo di autorizzazione, si presenti un paziente che chiede una prestazione "a rischio" cosa succede?

ROGA ITALIA 21 giugno 2013



AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA DELLO STUDIO ODONTOIATRICO

Il fatto

Il Tribunale di Fermo ha rigettato l'appello proposto da un Comune per ottenere la riforma della pronuncia del Giudice di Pace che in accoglimento del ricorso formulato da un odontoiatra ha annullato l'ordinanza ingiunzione con cui l'Ente locale ha irrogato la sanzione amministrativa pecuniaria per l'avvenuta apertura di uno studio senza autorizzazione.

Profili giuridici

Il Comune ha sostenuto che la normativa di settore sottoporrebbe ad autorizzazione dell'Autorità l'apertura di qualsiasi studio odontoiatrico. La tesi dell'Ente

non è stata condivisa dalla Suprema Corte per non trovare adeguate conferme nella disposizioni poste alla base dell'assunto. Le norme 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. In questo senso dispone il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8 ter in tema di riordino della disciplina in materia sanitaria laddove al comma 2 stabilisce che "L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale,

ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente..."

Esito del giudizio

La Suprema Corte ha rigettato il ricorso proposto dal Comune.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 20 maggio 2013



MEDICO-CASA CURA PRIVATA: NATURA SUBORDINATA RAPPORTO DI LAVORO

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 25 giugno 2013

Il fatto

La Corte d'appello di Roma ha confermato la sentenza del Tribunale di Latina con la quale è stata dichiarata la natura subordinata del rapporto di lavoro intercorso tra una Casa di Cura privata e un medico con la conseguente condanna del datore di lavoro ad un importo di oltre 80 mila euro per le differenze retributive. La Casa di Cura ha impugnato la pronuncia dinanzi alla Suprema Corte.

Profili giuridici

Il datore di lavoro, attraverso l'imposizione di un orario, cui la dottoressa era tenuta, ha esercitato il proprio controllo sull'osservanza del tempo di lavoro esplicitando in tal modo il proprio potere direttivo, organizzativo e gerarchico. Risultando dimostrata la collaborazione sistematica e non occasionale della professionista, oltre all'osservanza di un orario predeterminato, il coordinamento dell'attività lavorativa all'assetto or-

ganizzativo dato all'impresa dal datore di lavoro secondo le mutevoli esigenze di tempo e di luogo dell'organizzazione imprenditoriale, la Cassazione ha confermato la sentenza dei giudici d'appello rispettosa dei principi in materia.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net



UE, CON CARTA PROFESSIONALE PIÙ SEMPLICE LAVORARE ALL'ESTERO

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 17 giugno 2013

Lavorare all'estero sarà sempre più facile per medici e infermieri, e così per altri tipi di professionisti, che vedranno riconosciute le proprie qualifiche negli altri Paesi dell'Unione europea con maggiore semplicità, grazie a un accordo siglato mercoledì tra i membri del Parlamento europeo e la presidenza irlandese del Consiglio Ue. Sono poche le qualifiche professionali attualmente riconosciute in tutti gli Stati dell'Unione europea, ma si è deciso di istituire una carta professionale europea contenente le qualifiche dei lavoratori, che spiani la strada alla possibilità di trovare un impiego su tutto il territorio dell'Ue. La deputata francese di centrosinistra Ber-

nadette Vergnaud è stata la relatrice del testo iniziale che, dopo l'iter istituzionale, ha ottenuto l'accordo necessario. «Abbiamo rilasciato un testo» ha spiegato Vergnaud «con molti miglioramenti concreti per i cittadini e specialmente l'introduzione della carta professionale europea, che io avevo auspicato fin dal 2007 e che diventerà presto una realtà. I provvedimenti che facilitano la mobilità costituiscono anche degli strumenti per arrivare a una vera cittadinanza europea e dimostrano che l'Europa può operare per migliorare la vita quotidiana dei cittadini». Per accelerare il processo di riconoscimento delle qualifiche professionali, l'accordo prevede

uno scambio delle informazioni elettroniche esistenti tra le amministrazioni degli Stati membri. La direttiva introduce anche un meccanismo di vigilanza e ha anche l'obiettivo di impedire ai professionisti della salute (medici, infermieri e chirurghi veterinari), che abbiano subito sanzioni disciplinari o commesso reati, di trasferire la propria attività in un altro Stato dell'Unione. I prossimi step prevedono che il testo venga approvato formalmente dal Comitato dei rappresentanti permanenti e dalla Commissione per il mercato interno per poi arrivare, probabilmente in ottobre, al voto plenario.



STUDIO EURES, IN ITALIA 10MILA FALSI DENTISTI

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 24 maggio 2013

Sono diecimila i falsi dentisti che operano in Italia. Il dato emerge da uno studio sull'abusivismo odontoiatrico svolto dall'Eures, l'Istituto di ricerche economiche e sociali, in collaborazione con la Commissione Albo Odontoiatri (Cao), che sarà illustrato oggi a Roma.

I falsi dentisti, spiega una nota della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), «non causano soltanto danni alla nostra salute. Ammonta, infatti, a settantacinque milioni di euro la per-

dità per le casse dello Stato. E parliamo esclusivamente dei mancati incassi Irpef».

«Sono cifre da punto esclamativo - commenta il presidente della Cao, **Giuseppe Renzo** - che gridano ancor più vendetta in un contesto di crisi che pare senza fine e nel quale lo Stato annaspa nella ricerca di nuove entrate, per rispondere a bisogni sociali non più dilazionabili».

Secondo Renzo, «la situazione sta diventando drammatica. Siamo abituati a

pensare a quella odontoiatrica come a una professione subito remunerativa e con sbocchi sicuri. In realtà, il tasso di disoccupazione è almeno del 20%. I giovani non trovano lavoro se non dopo tre anni (per aprire un proprio studio ne occorrono da sei a dieci), finendo facile preda di strutture di dubbia certificazione che li sottopagano e li sottopongono a ritmi di lavoro massacranti».



METABOLISMO DEL RAME E MIOPIA: LEGAME DA INDAGARE

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 16 maggio 2013

Le mutazioni di un gene che controlla il metabolismo del rame a livello oculare sono legate alla miopia grave, almeno secondo i risultati di uno studio pubblicato sul numero di maggio dell'American journal of human genetics

Le mutazioni di un gene che controlla il metabolismo del rame a livello oculare sono legate alla miopia grave, almeno secondo i risultati di uno studio pubblicato sul numero di maggio dell'American journal of human genetics. «La miopia elevata, con un errore di rifrazione superiore a -6,00 D, è una rara malattia a trasmissione familiare che una piccola parte degli adulti miopi, associandosi a un aumentato rischio di distacco della retina, glaucoma, cataratta, e maculopatia» dice **Khanh-Nhat Tran-Viet**, genetista del Duke center for human genetics di Durham in North Carolina, che assieme ai colleghi ha usato una tecni-

ca, detta exome sequencing, per sequenziare il Dna dei membri di una famiglia con grave miopia autosomica dominante, con errore medio di rifrazione sferica -22,00 D. I risultati di laboratorio hanno permesso di identificare una mutazione nonsenso nel gene Sco2, che codifica per una proteina del sistema citocromo ossidasi coinvolta nella catena respiratoria mitocondriale. «La sostituzione della glutamina con un codone di stop in posizione 53 tronca la proteina, alterandone la struttura e la funzione catalitica» spiega Tran-Viet, specificando che il ruolo della proteina normale è quello di portare rame nei mitocondri, e che il suo malfunzionamento causa l'accumulo di ossigeno reattivo con danno al Dna e ai tessuti oculari. La più colpita è la retina a causa del suo elevato fabbisogno energetico, e il danno retinico altera a sua volta la

rifrazione. «I nostri risultati provano che Sco2 potrebbe giocare un ruolo importante nella crescita e sviluppo delle strutture oculari» osserva il genetista della Duke. «Lo studio su questo raro sottotipo genetico sottolinea il ruolo del metabolismo del rame nella genesi della miopia» commenta **Dennis Thiele**, farmacologo alla Duke. «E i dati raccolti suggeriscono che, in assenza di mutazioni, la carenza di rame nella dieta potrebbe essere in parte responsabile del difetto visivo». Aggiunge **Shalom Kieval**, professore associato di Oftalmologia all'Albany Medical College di New York: «Lo sviluppo della miopia deriva dalla complessa interazione tra fattori genetici e ambientali. Affinando la comprensione dei meccanismi che inducono la malattia, si potrebbero impostare interventi sanitari in grado di ridurre l'onere sociale ed economico».



DEGENERAZIONE MACULARE: NUOVA OPZIONE TERAPEUTICA

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 15 maggio 2013

Gli oculisti hanno a disposizione un nuovo farmaco per intervenire con la terapia intravitreale nella degenerazione maculare legata all'età. La nuova molecola, un anti-Vegf (anti-fattore di crescita dell'endotelio vascolare), chiamata aflibercept, hanno spiegato gli esperti in occasione della sua presentazione, svoltasi a Milano, ha dimostrato un'efficacia di oltre il 95% nel bloccare l'evoluzione della patologia e permette di facilitare e alleggerire la gestione del paziente in virtù proprio del suo peculiare meccanismo d'azione. La molecola, infatti, ha un'altissima specificità nei

confronti del Vegf, cui si lega con una maggiore affinità, prolungando l'effetto della somministrazione che può essere, quindi, meno frequente: dopo le prime tre iniezioni mensili di carico iniziale, le successive possono essere effettuate ogni due mesi. «Riducendo il numero delle iniezioni, si limitano i rischi di infezioni e sistemici legati al farmaco», sottolinea **Alfonso Giovannini**, direttore della Clinica oculistica dell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Ancona. «Inoltre, per il paziente significa sottoporsi più raramente a un trattamento comunque invasivo e al suo

monitoraggio, limitando così i suoi accessi al Centro di riferimento che, per la struttura ospedaliera, significa ridurre il carico di assistenza per la patologia». La molecola, ha aggiunto Giovannini, si propone come un'alternativa, «per quei pazienti che già in partenza rispondono poco o in modo insoddisfacente alle terapie» oppure per i casi in cui «possono comparire fenomeni di tachifilassi, una sorta di "abitudine" dell'organismo alla medicina che assume». Il farmaco è stato approvato in Europa, è disponibile in Italia e sulla rimborsabilità l'Aifa è in fase di negoziazione.



CONSIGLIO DI STATO (IL MASSOFISIOTERAPISTA È UN OPERATORE CON FUNZIONI AUSILIARIE)

Il fatto

Il sindacato dei massofisioterapisti (S.I.M.M.A.S.) ha impugnato una delibera della Regione Campania che escludeva tale figura professionale dal novero di quelle richieste ai presidi di assistenza specialistica ambulatoriale ai fini dell'accreditamento, ritenendo con ciò che l'Ente avesse determinato una soppressione della figura stessa.

Profili giuridici

Il Collegio ha effettuato una lunga disamina sulla questione delle specificità delle figure del massofisioterapista e del fisioterapista, precisando che, sulla base della legislazione vigente, l'unica figura di professione sanitaria destinata ad erogare i trattamenti riabilitativi di superiore complessità e dotata di adeguata formazione universitaria è quella del

fisioterapista. Il complesso ed eterogeneo quadro normativo, stratificatosi nel tempo, consente al massofisioterapista che ha conseguito un titolo di formazione regionale, di essere inserito fra gli operatori di interesse sanitario, con funzioni ausiliarie, ma non di essere ricompreso nell'ambito delle professioni sanitarie.

Avv. Ennio Grassini



GERMANIA, MECCA DEL LAVORO PER I PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ

24 ORE
Sanità

n. 21 del 31 maggio 2011

Medici e infermieri figurano nell'elenco dei lavoratori più richiesti in Germania. Si aggiungono a ingegneri, informatici e addetti al turismo: tutte specializzazioni professionali di cui i tedeschi hanno carenza e per i quali si rivolgono all'estero. Il fatto è che la Germania presenta un tasso di disoccupazione ai minimi storici - il 5,4% - e il calo di natalità che si registra ormai da anni proietta sempre più l'economia tedesca in uno stato di carenza di manodopera. Quella specializzata è particolarmente difficile da reperire ed è così che sono già in vertiginoso aumento le immigrazioni dai Paesi mediterranei, Italia compresa.

Secondo le statistiche, la disoccupazione italiana è più che doppia rispetto a quella tedesca e ben peggiore è la situazione in Spagna, Portogallo e Grecia. Nel 2012 sono stati 42.000 gli italiani che hanno fatto le valigie e hanno approfittato delle possibilità di occupazione offerte dalla Germania: in percentuale, si tratta di un aumento del 40%. Ma l'incremento delle richieste di lavoratori è stato ben maggiore: +300%. Le giovani generazioni se ne sono rese conto: gli iscritti al Goethe Institut sono aumentati del 22%; i ragazzi che vanno a studiare in Germania del 36%; quelli che all'università scelgono il tedesco come se-

conda lingua del 37%; i partecipanti a corsi intensivi di lingua del 184%. Sul sito dell'Eures (European employment services - Servizi europei per l'impiego), il portale europeo della mobilità professionale, sono più di 300.000 le offerte di lavoro provenienti dalla Germania, che in questa particolare classifica è seconda solo alla Gran Bretagna, altro Paese che attrae dall'estero molti professionisti della salute. Come si fa notare sul sito, «l'assistenza sanitaria in Germania è gestita sia da soggetti privati che pubblici; gli enti di entrambi i settori potrebbero essere potenziali partner di cooperazione».



AGGIORNAMENTO REGOLATORIO PER LA PUBBLICITÀ SU INTERNET DI DISPOSITIVI MEDICI, DISPOSITIVI MEDICO-DIAGNOSTICI IN VITRO E PRESIDI MEDICO-CHIRURGICI

Il 28 marzo 2013, il Ministero della Salute italiano ha emesso una nuova linea guida sulla pubblicità sanitaria concernente i dispositivi medici, i dispositivi medico-diagnostici in vitro e i presidi medico-chirurgici. La nuova linea guida è nata dalle esigenze delle aziende che oggi dispongono di nuovi mezzi di diffusione di messaggi pubblicitari, quali internet.

La nuova linea guida, in particolare, specifica che, se la pubblicità sanitaria è effettuata mediante internet, essa è soggetta ad autorizzazione da parte del Ministero della Salute italiano solo se rivolta al pubblico, mentre non è sog-

getta ad autorizzazione la pubblicità relativa a dispositivi medici, IVD e presidi medico-chirurgici rivolta ad operatori professionali. In quest'ultimo caso, infatti, la pubblicità è libera ma l'azienda deve destinare il messaggio pubblicitario ad un'area del sito internet dedicata esclusivamente ad operatori professionali e deve avvertire l'utente, tramite apposito "disclaimer", che le informazioni ivi contenute sono rivolte esclusivamente ad operatori professionali. La nuova linea guida ribadisce inoltre che la pubblicità istituzionale su internet è libera a condizione che non vanti specifiche proprietà dei prodotti com-

mercializzati, dei quali è possibile inserire liberamente solo il marchio ad ombrello che contraddistingue più linee di prodotti, purché tale forma di pubblicità non sia finalizzata alla promozione di un prodotto, bensì dell'immagine dell'impresa e delle sue attività.

La pubblicazione di pagine o di banners, frames a comparsa o in sovrapposizione ed ogni altra forma di presentazione su Internet è da considerarsi, a tutti gli effetti, come un mezzo di diffusione a sé.

Thema 18/06/2013



SI' ALL'ESTETISTA IN FARMACIA

Il TAR Lazio è stato chiamato a decidere sulla legittimità degli atti con cui è stata negata la possibilità di esercizio dell'attività di estetista in una sede farmaceutica, sul presupposto che la richiesta non trovasse sostegno nella disciplina vigente.

Il Collegio, attraverso una ampia ricostruzione normativa, ha osservato che le farmacie presentano analogie con altre attività commerciali, quali le profumerie e i centri commerciali, affiancandosi alla vendita di farmaci anche quella dei cosmetici. Non sono riscontrabili ragioni per escludere la possibilità di

esercizio, al loro interno, dell'attività di estetista. Diversamente verrebbe a configurarsi una indebita discriminazione, dal momento che, anche nei centri commerciali è consentita l'attività di estetista e in essi vengono distribuiti prodotti farmaceutici e cosmetici.

Posto che sia le farmacie che i centri commerciali sono accomunati dalla vendita di farmaci, non si vede per quale ragione solo all'interno di questi ultimi sarebbe consentita l'attività di estetista, e non nelle farmacie, non potendo riscontrarsi alcuna incompatibilità o interferenza con l'attività sanitaria cui la

farmacia è deputata in via principale.

Inoltre, la riconosciuta possibilità di esercitare l'attività di estetista all'interno di ospedali, case di cura e di riposo, non consente di ritenere ostativa alla possibilità di svolgere l'attività di estetista nei locali di farmacie la natura prevalentemente sanitaria della relativa attività, in quanto comune alle citate strutture.

Il TAR Lazio ha accolto il ricorso proposto dalla società titolare della sede farmaceutica contro una nota ASL e la comunicazione di inefficacia della SCIA proveniente dal Municipio competente.



APP SANITARIE: GUADAGNARE TEMPO È FONDAMENTALE

Le app sanitarie sono molto in voga, ma la complessità insita nei piccoli programmi per Smartphone è mostrata in modo molto chiaro dal progetto di ricerca Emurgency. Il dott. Henning Biermann spiega come un'app possa migliorare il primo soccorso in caso di arresto cardiaco improvviso.

Dott. Biermann, perché questa App?

In caso di arresto cardiaco improvviso, un minuto può fare la differenza. Prima che i soccorsi arrivino sul posto, può passare molto tempo. Per questo motivo è fondamentale che chiunque si trovi nelle vicinanze del paziente lo aiuti immediatamente. In Germania ciò avviene solo nel 17 per cento dei casi. Con un'app vogliamo colmare questa lacuna, superando i limiti esistenti.

L'app farà in modo che ogni parente in futuro possa prendere misure di primo soccorso?

In primo luogo ci preme condurre soccorritori esperti e registrati dal paziente nel modo più rapido possibile tramite la sale di controllo. Per i profani interessati, che desiderino imparare qualcosa sulla rianimazione, nell'app vi saranno video e moduli di e-learning.

Dal punto di vista tecnico, quali sono i requisiti per l'app?

L'app deve soprattutto funzionare in modo affidabile. Questo è un obiettivo difficile a causa dei diversi provider di servizi mobili, la diversa copertura di rete e i diversi sistemi operativi che dobbiamo supportare. Inoltre, l'app deve essere intuitiva. Una questione molto importante è la tutela dei dati: in Germania è impensabile che gli indirizzi per le emergenze, come nelle app dei Paesi Bassi o degli Stati Uniti, siano visibili per tutti. Dobbiamo accertarci che

siano visibili solo gli indirizzi di coloro che davvero desiderano aiutare. E infine si tratta di ottenere il miglior collegamento possibile dei centri di soccorso con le interfacce, affinché sostengano in modo ottimale i soccorritori e nel contempo inviino in loco un'ambulanza.

E dal punto di vista medico?

Guadagnare tempo è fondamentale dal punto di vista medico. Per questo i soccorritori devono essere localizzabili tramite Smartphone, di modo che la sala di controllo possa decidere rapidamente chi può raggiungere il paziente con maggiore rapidità. Il centro deve sapere se una decina di soccorritori si trovano allo stadio, perché potrebbero necessitare di più tempo per raggiungere il paziente.

Come deve essere strutturata un'app per poter essere utilizzata?

Offriamo ai gruppi di utenti, pertanto medici, collaboratori del centro soccorsi, soccorritori e profani, diverse interfacce. Quelle per i profani devono essere molto semplici, per evitare qualsiasi stress aggiuntivo. L'intuitività è importante per tutti i gruppi target, per questo motivo ci avvaliamo di Usability test.

Dove risiedono le insidie?

Le sale di controllo utilizzano diversi software, pertanto è necessario definire sistemi adeguati per la disponibilità dei soccorritori o offrire interfacce corrispondenti.

Sabine Koll

Corridente da Boblingen

MEDICINA E TECNICA 1/2013

Legittimo parere preventivo su adeguamenti strutturali

Il Tar Basilicata è stato investito di una complessa vicenda relativa all'adeguamento strutturale ed impiantistico di una Casa di cura accreditata. La Società presentava alla Commissione Tecnica dell'ASL, prevista dalla Legge regionale, il progetto preliminare di adeguamento ai requisiti strutturali ed impiantistici con il quadro economico e il relativo crono programma chiedendo l'emissione di un parere preventivo circa la conformità dei lavori programmati alla legislazione vigente. Alla prima richiesta la Commissione Tecnica osservava di non avere alcuna competenza in merito ad eventuali pareri preventivi sugli interventi di adeguamento. Ultimi i lavori, in seno alla Commissione veniva riscontrata l'assenza dei requisiti. La Casa di cura presentava così al Comune, con DIA, un progetto per l'adeguamento ai rilievi espressi dalla Commissione trasmettendolo anche quest'ultima unitamente al crono programma e quadro economico, richiedendo, ancora una volta, parere preventivo che non veniva reso, anche in questo caso con la stessa motivazione di incompetenza.

Profili giuridici

Il Tar ha osservato che è legittima la pretesa della struttura sanitaria prima di eseguire i lavori di ottenere dalla Commissione Tecnica un parere preventivo sul progetto di adeguamento ai requisiti strutturali ed impiantistici onde evitare un inutile spreco di risorse finanziarie, fermo restando la necessità della verifica della corrispondenza delle opere realizzate ai requisiti mediante successiva ispezione con eventuali prescrizioni e relativo termine per adeguarsi.

Esito del giudizio

Il TAR ha accolto il ricorso proposto dalla Casa di Cura. **Avv. Ennio Grassini**



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento

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