



EMILIA ROMAGNA. SCENDONO TEMPI DI PAGAMENTO PER FORNITORI DELLA SANITA': IN MEDIA DA 91 GIORNI A 72

Per i servizi in appalto la diminuzione è ancora più accentuata: da 96 ai 69 giorni. E nel 2013, secondo la Corte dei Conti, si abbassa anche l'indebitamento complessivo del Ssr verso i fornitori: 33,22%, passando da 2.672 milioni nel 2012 ai 1.784 milioni del 2013.

Diminuiscono i tempi medi di pagamento ai fornitori da parte della Regione Emilia-Romagna tra il 2013 e il 2014. Da un monitoraggio effettuato nei giorni scorsi, emerge che il tempo medio per la gestione non sanitaria scende tra il 2013 e il 2014 dai 31,8 giorni ai 28,2. Per la gestione sanitaria, nello stesso arco di tempo, il tempo medio cala dai 91 giorni ai 72 e per i servizi in appalto dai 96 ai 69 giorni.

"E' motivo di soddisfazione – ha commentato l'assessore regionale al Bilancio, **Emma Petitti** – la conferma di un buon andamento sia della gestione sanitaria che di quella non sanitaria. La Regione Emilia-Romagna per-

tanto contribuisce nel sistema Italia alla riduzione dei tempi medi di pagamento e a evitare la procedura di infrazione della Unione europea nei confronti del nostro Paese".

Secondo un'indagine della Corte dei conti a calare nel 2013 è anche l'indebitamento complessivo del Servizio sanitario regionale verso i fornitori. In particolare, l'Emilia-Romagna nel confronto con le altre Regioni è quella che vede diminuire l'indebitamento in misura maggiore: - 33,22%, passando da 2.672 milioni nel 2012 ai 1.784 milioni del 2013.

da **Quotidiano Sanità**
del 30/01/2015



Sommario:

Emilia Romagna. Scendono i tempi di pagamento per fornitori della sanità: in media da 91 giorni a 72	1
Spesa sanitaria, Cartabellotta (Gimbe): le regioni non riducono sprechi a danno dei cittadini	2
Corte dei Conti: "senza investimenti diventa problematico mantenere i LEA". Dal 2010 spesa in calo di 3ml. Boom ticket farmaci + 66%	3
Terme e climatoterapia. L'Oms rinnova accredito alla Federazione mondiale termalismo fino al 2018	4
Fatturati e volumi 2014. La farmacia "tiene" nonostante la crisi. Ma il merito è quasi tutto dell'extra farmaco	4
Liberalizzazioni. AIFA: "Quelle già in vigore hanno fallito. Italiani hanno speso più di prima per i farmaci di fascia C: +200 milioni dal 2006"	5
Fare l'odontoiatra non conviene più	6
L'approfondimento Il dilemma del prigioniero: il ruolo dell'assistito nel mercato ortopedico	7-9
Modena. Non erano iscritti all'Ipsavi: 73 infermieri condannati per abuso di professione	10
Osteopatia. Il Roi presenta al Ministero della Salute 26mila firme per riconoscimento professione	10
L'osteopatia non vuole sottrarsi alla realtà dell'evidenza scientifica	11
Fisioterapista non può operare senza la prescrizione del medico. La sentenza del Consiglio di stato	12
Aumento aliquota INPS, igienisti dentali in rivolta	12
Corte di Cassazione: il medico non può fare terapia riabilitativa. Essa spetta a chi detiene "specifico diploma universitario"	13
I dentisti contro l'Antitrust	13
La responsabilità del medico odontoiatra: ha natura extracontrattuale e ... attenzione al consenso informato!	14
Bancomat obbligatorio, le possibili sanzioni non sconcertano i medici	14
La recidiva esclude la tenuità del fatto	15
Corte di Cassazione—Penale (reato di lesioni personali aggravate per avulsione di un dente incisivo)	15
T.A.R. Roma (Ordine dei Medici: limiti al divieto di pubblicizzare i prezzi delle prestazioni)	16
Obbligo RC: per le professioni sanitarie non è ancora operativo	16





SPESA SANITARIA, CARTABELLOTTA (GIMBE): LE REGIONI NON RIDUCONO SPRECHI A DANNO DEI CITTADINI

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

3 febbraio 2015

Le Regioni, piuttosto che impegnarsi a ridurre inefficienze e sprechi per recuperare 4 mld richiesti dalla Legge di Stabilità, rinunciano ai 2 mld di aumento del fondo sanitario nazionale. Nel frattempo tutte le criticità conseguenti alla mancata attuazione delle misure contenute nel Patto per la Salute continuano a ricadere sui cittadini-contribuenti-elettori, in particolare sulle fasce più deboli. Lo sottolinea un comunicato firmato dal presidente di Fondazione Gimbe **Nino Cartabellotta**.

Il 31 gennaio l'elezione del Presidente della Repubblica ha dominato la scena mediatica, oscurando la scadenza in cui le Regioni dovevano presentare le proprie proposte al Governo per recuperare i 4 mld richiesti dalla Legge di Stabilità, sottolinea Cartabellotta. Senza troppi clamori, dopo oltre 3 mesi di scarumucce a distanza, per adempiere al compito assegnato pare che le Regioni abbiano definitivamente rinunciato ai 2 mld previsti dal Patto per la Salute, vanificando tutti gli sforzi del Ministro Lorenzin. «Riversare sulla salute dei cittadini le conseguenze del conflitto istituzionale con lo Stato - afferma Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe - parlando di "Pacco per la Salute" o perseguendo la strategia "no money no Patto" che ha ritardato per quasi due anni la sottoscrizione del Patto per la Salute - non rappresenta per le Regioni un'operazione di immagine in questo insolito, ma indiscutibile, periodo di stabilità del Governo». «Se

da un lato è evidente che nella legge di Stabilità il Governo ha "giocato di fioretto" - continua Cartabellotta - non prevedendo esplicitamente tagli alla Sanità, ma chiedendo alle Regioni di recuperare 4 mld, dall'altro è certo che l'articolo 1 del Patto per la Salute ha fissato le risorse per gli anni 2014-2016 "salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico". Se le Regioni hanno sottoscritto il Patto per la Salute accettando quella clausola - fortemente voluta dal Mef - perché Chiamparino ha denunciato che la legge di Stabilità incrina il rapporto di lealtà istituzionale e di pari dignità tra enti dello Stato? In realtà, questa volta il Governo ha posto le Regioni nella condizione ideale per attuare un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazione). Infatti, la Legge di Stabilità oltre a ribadire che "i risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie", ha precisato che "il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali da parte dei direttori generali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Ssn e comporta la loro decadenza automatica in caso di inadempimento". Cosa mancava alle Regioni per avviare il processo di disinvestimento e rialloca-

zione, coinvolgendo e responsabilizzando le Aziende sanitarie e queste a cascata i professionisti sanitari? «Con questa rinuncia le Regioni - precisa Cartabellotta - hanno dimostrato che, in assenza di una regia nazionale, non sono in grado di attuare una spending review "interna", perché avvezze a difendere strenuamente servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati e spesso dannosi per mere logiche di consenso elettorale». «È tempo che Renzi» conclude Cartabellotta «si impegni in prima persona affinché sia #lavoltabuona anche per il Ssn, perché mettere in discussione la Sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che dovrebbero essere visti dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in Sanità. Se invece la salvaguardia del Ssn non rientra nell'agenda di Governo perché è già stata silenziosamente imboccata la strada dell'intermediazione assicurativa e finanziaria dei privati e la politica non intende più tutelare la salute dei cittadini italiani, che sia comunque #lavoltabuona per riformulare l'art. 32 della Costituzione».

REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:

BIANCHI SANDRA (CNA Bologna)

Tel. 051 299481

FRANCESCONI DANIELE (CNA Imola)

Tel. 0542 632611

SPAGGIARI FRANCO (CNA Modena)

Tel. 059 418573

GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)

Tel. 0521 227280

ANGELINI DANIELA (CNA Rimini)

Tel. 0541 601273

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





CORTE DEI CONTI: "SENZA INVESTIMENTI DIVENTA PROBLEMATICO MANTENERE I LEA". DAL 2010 SPESA IN CALO DI 3ML. BOOM TICKET FARMACI +66%

Tra il 2010 e il 2013 con la spending review tagliato il 2,8% della spesa. Riduzione grazie a farmaceutica convenzionata (anche per l'aumento dei ticket) e costo personale (blocco turn over soprattutto). Nessuna riduzione da spesa per beni e servizi e continua a sfiorare la farmaceutica ospedaliera. La Corte: "Più assistenza territoriale e infrastrutture dove ci sono meno servizi".

Una discesa di 3,1 mld tra il 2010 e il 2013 della spesa sanitaria pari al -2,8%. Un risultato gran parte ottenuto attraverso la contrazione della spesa per il personale e della farmaceutica convenzionata, anche se si segnala come i ticket sui medicinali siano cresciuti del 66% negli ultimi 4 anni. Permangono invece "difficoltà" nel contenere la spesa farmaceutica ospedaliera nonostante il 'tetto'. E non si contrae nemmeno la spesa per beni e servizi. Bene invece i conti le Regioni in Piano di rientro che riducono i disavanzi, anche se le coperture richieste ai cittadini in molte Regioni (con addizionali Irpef e Irap alle stelle) continuano ad essere essenziali per far quadrare i conti di Asl e ospedali.

Questo e non solo è quanto emerge dall'analisi dell'ampio capitolo che la Corte dei conti dedica alla Sanità nella sua "Relazione sulla gestione finanziaria per l'esercizio 2013 degli enti territoriali". Ma la Corte oltre a fotografare e analizzare la situazione indica le aree su cui intervenire (vedi approfondimento), ma soprattutto mette in guardia sui rischi futuri. "Ulteriori risparmi - si legge - , ottenibili da incrementi di efficienza, se non reinvestiti prevalentemente nei settori dove più carente è l'offerta di servizi sanitari, come, ad esempio, nell'assistenza territoriale e domiciliare oppure nell'ammodernamento tecnologico e infrastrutturale, potrebbero rendere problematico il mantenimento dell'attuale assetto dei LEA, facendo emergere, nel medio periodo, deficit assistenziali, più marcati nelle Regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti tali carenze". Ma andiamo per ordine e partiamo dalla spesa.

Per quanto riguarda la spesa finale la Corte evidenzia "i consistenti effetti di riduzione della spesa che le manovre correttive dei saldi di finanza pubblica, adottate nello scorso triennio, hanno prodotto a carico del Ssn e delle spese per altre prestazioni di servizi: nel 2013, infatti, la spesa complessiva per consumi finali attribuibile al Servizio sanitario nazionale è stata pari a 109,6 mld, con un decremento nominale del 2,8% rispetto al 2010 pari a 3,1 mld".

La spending review e la sanità. "Esiti non sempre coerenti con aspettative". Nella relazione della Corte si effettua anche un focus sulle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria adottate negli anni 2012/2013 su farmaceutica, consumi intermedi, acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati. Ma gli "esiti non sempre sono stati coerenti con le aspettative pronosticate: esaminando, infatti, la dinamica delle variazioni percentuali delle principali voci di spesa, si osserva che le misure hanno avuto massima efficacia per quanto riguarda la **spesa farmaceutica**, che diminuisce, nel biennio 2012/13, rispettivamente del 7,3% e del 3%". Ma la Corte segnala anche come il "contenimento della spesa farmaceutica convenzionata sta passando anche attraverso misure di compartecipazione finanziaria di consistente significatività, la cui eventuale espansione potrebbe comportare profili di problematicità". Nel 2013 gli assistiti hanno versato al SSN, al "netto" degli altri ticket sulla diagnostica e le prestazioni specialistiche, 1.436 milioni, pari all'1,3% della spesa sanitaria corrente complessiva, con una media pro capite di circa 24 euro (di cui 9 per ticket sulle ricette). Da notare che nel periodo 2009/2013, a fronte di un incremento del numero di ricette del 6,3%, gli importi versati dai cittadini per ticket e compartecipazione al prezzo di riferimento sono aumentati del 66,6%".

Altra spesa in calo è quella relativa ai **redditi da lavoro dipendente** (-1,5% nel 2012 e -1,1% nel 2013) anche se l'effetto "è riconducibile alle manovre finanziarie approvate precedentemente alla "spending review", con le leggi che, a partire dal 2005, hanno bloccato il turn-over nelle Regioni in Piano di rientro.

I "consumi intermedi, a fronte di riduzioni di spesa programmate dal dl 95/12 per la fornitura beni e servizi (ad eccezione della spesa farmaceutica) pari, nel biennio 2012/13, rispettivamente al 5% e al 10% del valore dei contratti in essere, sono cresciuti, nel 2012, del 2,4%, mentre nel 2013 hanno fatto registrare una variazione sensibilmente più ridotta, pari allo 0,3%". Per ciò che riguarda "gli **acquisti di prestazioni da operatori privati** accreditati, malgrado le riduzioni di spesa disposte dal d.l. n. 95/12 (rispetto al 2011, -0,5% e 1% nel biennio 2012/13), hanno avuto un andamento in linea con le attese per l'anno 2012 (-0,5%) e un aumento dell'1,4% nel 2013". In ogni caso la Corte evidenzia come "il sistema sa-



nitario nel suo complesso, malgrado persistenti criticità dei Servizi sanitari regionali in alcune Regioni sottoposte a piano di rientro, sta riassorbendo i disavanzi pregressi grazie agli efficaci meccanismi di monitoraggio. Il disavanzo gestionale delle Regioni, prima delle coperture, nel 2013 è stato di 1 mld di euro. Nel 2012 era stato di 2,4 mld di euro e nel 2011 di 1,7 mld. Da evidenziare come la Regione Lazio con disavanzo di 669 mln (coperti con 880 mln di tasse) gioca un ruolo quantomeno 'decisivo'.

La Relazione segnala poi come è in riduzione anche la massa debitoria degli enti del SSN specie per la parte relativa ai debiti commerciali, con una diminuzione di oltre 9,5 miliardi nel triennio 2011-2013 (importo che non ricomprende quello delle Regioni Toscana e Calabria, di cui non sono disponibili i dati del 2013).

da Quotidiano Sanità
del 19/1/2015





TERME E CLIMATOTERAPIA. L'OMS RINNOVA ACCREDITO ALLA FEDERAZIONE MONDIALE TERMALISMO FINO AL 2018

Per il presidente Femtec, l'italiano Umberto Solimene, "questa è un'ulteriore validazione delle linee di indirizzo mirate all'utilizzo preventivo, terapeutico e riabilitativo delle acque termali".

La direzione generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) riconferma l'accredito per il periodo 2015-2018 alla Federazione mondiale del Termalismo e della Climatoterapia (Femtec). Il primo accredito risale ad oltre 25 anni fa. La decisione è stata comunicata al presidente della Federazione, **Umberto Solimene**, sulla base della risoluzione presa dall'Executive Board dopo averne valutato positivamente le attività svolte nell'ambito delle strategie Oms. In questa "tornata" di riaccredito sono stati applicati criteri

ancor più rigorosi di selezione che hanno portato all'esclusione di oltre un terzo delle associazioni non governative già operanti. Particolarmente apprezzata è stata l'indagine Hydroglobe, sostenuta anche dalla Fondazione Italiana per la ricerca Termale (FoRST), che ha contribuito a definire un quadro organico di insieme dell'impiego del termalismo nel mondo e le sue basi scientifiche. Al progetto seguirà Hydroglobe2, programmato nell'ambito del programma Health 2020 e destinato alla valutazione osservazionale dell'impatto delle terme sul benessere della popolazione europea. "Tale autorevole ed impegnativo riconoscimento - commenta il presidente Solimene - testimonia il sempre crescente interesse che l'Oms ha verso la medicina termale come disciplina

tradizionale, complementare e integrata per la cura e il mantenimento della salute. Per Femtec, per il termalismo mondiale e quello italiano, in particolare, questa riconferma è un'ulteriore validazione delle linee di indirizzo volute dalla Presidenza e dal Consiglio direttivo internazionale e mirate all'utilizzo preventivo, terapeutico e riabilitativo delle acque termali. Ricerca, formazione e applicazioni cliniche sono i punti fondamentali per una diffusione corretta e responsabile del termalismo".

da Quotidiano Sanità
del 9/3/2015



FATTURATI E VOLUMI 2014. LA FARMACIA "TIENE" NONOSTANTE LA CRISI. MA IL MERITO È QUASI TUTTO DELL'EXTRA FARMACO

Il fatturato medio 2014 segna infatti un +0,2% insieme a un +1,3% dei volumi di vendita. Ma il segno "più" c'è solo solo per prodotti "non etici". Boom di prodotti veterinari, fitoterapia e dietetici. Per i farmaci con ricetta calo dell'1,7% del fatturato. I risultati dell'analisi su oltre 5.000 farmacie italiane di "New Line Ricerche di Mercato".

Nonostante la crisi il 2014 per le farmacie è stato un anno positivo caratterizzato da una sostanziale stabilità in termini sia di fatturato globale che di volumi di vendita. L'analisi dei dati di vendita di oltre 5.000 farmacie italiane elaborati da New Line Ricerche di Mercato mostra, infatti, come rispetto al 2013 il fatturato medio annuo ha registrato un +0,2% mentre i volumi di vendita un +1,3%. A rimanere invariata negli anni è anche la vocazione della farmacia, la cui attività continua ad essere per i due terzi legata alla vendita di farmaco con obbligo di ricetta e quindi molto orientata al presidio della cura.

L'andamento generale deriva dai risultati ottenuti nei due principali comparti che, seppur entrambi caratterizzati da una sostanziale stabilità, mostrano andamenti leggermente diversi a fatturato e pezzi. Mentre il fatturato si riduce del -1,1% in ambito etico, cresce invece del 2,2% per tutto ciò che viene venduto in farmacia senza obbligo di ricetta, quindi

SOP, OTC e parafarmaco). A volumi, invece, performance leggermente migliori per i farmaci su ricetta: +1,7% contro il +0,7% del resto.

L'ambito etico mostra nell'anno risultati essenzialmente stabili, caratterizzati nello specifico da un lieve calo a fatturato (-1,1%) e da una leggerissima crescita a volumi (+1,7%), che riflette l'andamento della domanda di farmaco su prescrizione. I singoli sotto comparti dell'etico sono legati a differenti dinamiche, che si riflettono nei loro risultati sull'anno. I farmaci mutuabili rimangono stabili a volumi (+0,8%) e perdono invece il -2,5% a fatturato, probabilmente a causa dal calo del prezzo dei farmaci branded generato dalla pressione concorrenziale del farmaco generico. Il farmaco non mutuabile segue a valori lo stesso andamento di quello mutuabile, registrando un -1,9%, accompagnato da un leggero calo anche a volumi (-2,2%). Il farmaco generico è cresciuto anche nel 2014, sia a fatturato (+7,8%) che a pezzi (+6,7%).

Questi risultati sono certamente positivi, ma inferiori rispetto a quelli registrati nei due anni passati (+12,4% fatturato e +14,9% a pezzi nel 2013 rispetto al 2012 e +15,8% a valori e +18% a volumi nel 2012 rispetto al 2011).

Infine, il comparto non etico del mercato della farmacia registra, nel comples-

so, un +2,2% a valori e un +0,7% a volumi. Entrando nel dettaglio dei singoli comparti si osserva che i prodotti per l'autocura hanno performance tra loro opposte per il fatturato (-1,2% per i SOP e +1,3% per gli OTC) mentre registrano entrambi un calo a volumi (-3,8% per i SOP e -2,6% per gli OTC). Il parafarmaco, che rappresenta il 30% del fatturato medio annuo della farmacia, registra una crescita sia a valore (+2,7%) che a volumi (+2,2%). Al suo interno si osservano performance abbastanza differenziate tra i vari mercati che lo compongono. Da una parte si registrano buoni trend di crescita negli alimenti dietetici, che crescono del 5,9% a valore, nella fitoterapia, col suo +8,5%, e nei prodotti veterinari, sempre in crescita durante il 2014 e che a consuntivo hanno ottenuto un +9,2%. Dall'altra, invece, i restanti mercati (sanitari, dermocosmetica, igiene e omeopatia) hanno ottenuto performance stabili nell'anno.

da Quotidiano Sanità
del 29/1/2015





LIBERALIZZAZIONI. AIFA: "QUELLE GIÀ IN VIGORE HANNO FALLITO. ITALIANI HANNO SPESO PIÙ DI PRIMA PER I FARMACI DI FASCIA C: +200 MILIONI DAL 2006"

La causa è l'effetto intrinseco di spinta al consumo. Lo rileva l'Agenzia del farmaco che ha analizzato il mercato dal 2006 ad oggi per i farmaci C (Sop e da banco). "Se l'obiettivo della liberalizzazione era quello di rappresentare un vantaggio per i pazienti, con una riduzione dei prezzi tramite una vera concorrenza e un complessivo risparmio a loro vantaggio, i dati obiettivi e certificati evidenziano il completo fallimento di tale presupposto".

In relazione a recenti notizie di stampa a supporto del DDL in discussione sulle liberalizzazioni, l'Agenzia Italiana del Farmaco intende fare chiarezza mostrando l'analisi dei medicinali di fascia C a partire dal 2006, anno di emanazione del cosiddetto "Decreto Bersani" (decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248), che evidenzia consumi totali stabili fino al 2010 (tabella 1).

Successivamente, probabilmente per effetto della crisi economica, il consumo (ma non i costi) di questi medicinali ha visto una progressiva flessione fino al 2013, attestandosi ad una riduzione dell'11,5%, rispetto al 2006. Tale contrazione dei consumi rispetto al 2006 ha riguardato in particolare i medicinali di fascia C con ricetta medica, dispensati

Tabella 1

Consumi in milioni di confezioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var% 2013/2006
C con ricetta	299	297	296	288	283	284	267	252	-15,7%
SOP e OTC	311	316	311	325	308	300	280	288	-7,4%
Totale fascia C	610	613	607	613	591	584	547	540	-11,5%

Tabella 2

Spesa in milioni €	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var% 2013/2006
C con ricetta	3.057	3.084	3.106	3.154	3.093	3.207	3.000	2.966	-3,0%
SOP e OTC	2.094	2.134	2.054	2.140	2.105	2.113	2.125	2.298	9,7%
Totale fascia C	5.151	5.218	5.160	5.294	5.198	5.320	5.125	5.264	2,2%

esclusivamente attraverso le farmacie aperte al pubblico (-15,7% vs. 2006). Al contrario, la riduzione dei consumi dei SOP/OTC, dispensabili anche attraverso le parafarmacie e la GDO, è stata più contenuta (-7,4%), probabilmente, sia per effetto dell'ampliamento del numero dei punti di dispensazione di questi medicinali legati al Decreto Bersani, sia

per gli effetti del Decreto del Ministero della Salute 18 aprile 2012 ("Attuazione delle disposizioni dell'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sulla vendita dei medicinali previsti dall'articolo 8, comma 10, lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537") che ha riclassificato da C-RR in C-SOP diverse specialità medicinali.

Gli effetti di tali provvedimenti di liberalizzazione in realtà non sembrerebbero aver portato alcun vantaggio ai pazienti, a parte la comodità di avere una più facile disponibilità di punti vendita che però potenzialmente li espone alle conseguenze di consumare più farmaci che non sono – come da AIFA più volte sottolineato – una merce simile a qualunque altra. Non vi sono stati risparmi per i cittadini visto che la spesa a loro carico ha avuto una crescita del +2,2% dal 2006 al 2013 (tabella 2).

In altri termini, a fronte di un paziente che per effetto della crisi tendeva a contrarre il volume dei propri acquisti di medicinali di fascia C, il sistema produttivo e distributivo ha "compensato"





SEGUE LIBERALIZZAZIONI

(Continua da pagina 5)

sfruttando la nota attitudine al consumo del mondo occidentale con un costante incremento dei prezzi di questi medicinali (**figura 1**).

In realtà, se l'obiettivo della liberalizzazione della vendita dei medicinali di fascia C-SOP/OTC era quello di rappresentare un vantaggio per i pazienti, con una riduzione dei prezzi tramite una vera concorrenza e un complessivo risparmio a loro vantaggio, i dati obiettivi e certificati evidenziano il completo fallimento di tale presupposto, perlomeno nel settore dell'assistenza farmaceutica. Infatti l'effetto economico di provvedimenti, nell'intento pro-concorrenziali, ha paradossalmente determinato un complessivo aggravio per i cittadini di circa 200 milioni di euro (2.298 vs. 2.094, pari a +9,7% nel 2013 vs. 2006), nonostante la contrazione dei consumi. Tale scenario non ha caratterizzato i

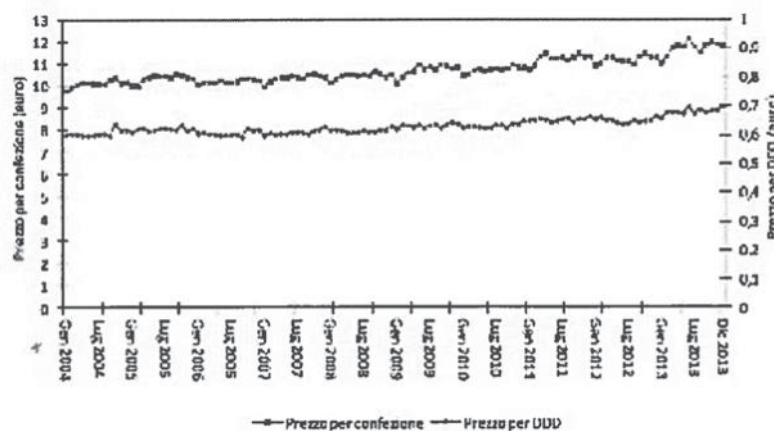
medicinali di fascia C con ricetta che, oltre ad aver subito una rilevante riduzione del consumo (soprattutto dopo il 2012, ovvero dopo la riclassificazione da DM 18 aprile 2012), hanno avuto anche una contrazione della spesa a carico del

cittadino del -3%.

da *Quotidiano Sanità*
del 17/2/2015



Figura 1: da Rapporto Osmed - Andamento 2004-2013 del prezzo medio per i farmaci territoriali di classe C con ricetta



FARE L'ODONTOIATRA NON CONVIENE PIU'

Fare l'odontoiatra? Non conviene più. Non per il momento, secondo Giuseppe Renzo, presidente della Cao, Commissione albo odontoiatri. A meno di non invertire immediatamente la rotta. Come? Puntando su una reale programmazione formativa unica a livello europeo, diminuendo il numero dei corsi (in Italia) e puntando l'attenzione sull'abusivismo.

Presidente, la situazione è così drammatica per gli odontoiatri?

Lo è soprattutto per i giovani, perché per loro, ora, non ci sono prospettive. Innanzitutto l'odontoiatra è di un'attività svolta soprattutto in regime di libera professione in un mercato dove concorrenza sleale e abusivismo sono molto diffusi, inoltre non ci sono i margini per il lavoro dipendente nel Servizio sanitario nazionale, i concorsi sono fermi e i Lea non più garantiti.

Colpa solo della crisi?

Crisi sì, ma anche eccessivo numero di professionisti, di ingressi all'università, con corsi poco professionalizzati.

Sono gli stessi studenti a rilevarne in alcuni casi l'inadeguatezza e le insufficienti competenze nelle materie pratiche e specialistiche. Inoltre al numero programmato va aggiunta la percentuale di studenti che per aggirare il numero chiuso inizia l'università nei paesi dell'est o in Spagna, poi si fa riconoscere gli esami e prosegue in Italia.

Dunque crisi aggravata pure dal fatto che si parla di una pleora di professionisti, ma ci sono davvero troppi odontoiatri?

Il rapporto tra prestatore d'opera e cittadini secondo l'Organizzazione mondiale della sanità dovrebbe essere 1 a 2 mila. Ogni professionista, cioè, dovrebbe avere circa 2mila pazienti.

In Italia siamo a 1 a poco più di mille, sono così pochi?

Va fatta una precisazione: quando si dice abitanti non significa pazienti. Su mille abitanti infatti circa il 35% accede alle cure odontoiatriche. Considerando i costi di esercizio che prevedono una serie di obblighi con costi incomprimibili

li rimanere nel mercato o avviare un'attività, è complicatissimo.

Che fare?

Ripensiamo ai percorsi formativi e pensiamo ad una programmazione unica a livello europeo. E nel frattempo non abbassiamo la guardia nei confronti delle aree di lavoro nero e abusivismo. Solo così tra qualche anno potremmo ritornare sulle percentuali di occupazione che caratterizzavano alcuni anni fa l'odontoiatria italiana.



Italia Oggi
Sette

12 gennaio 2015



L'APPROFONDIMENTO: MERCATO ORTOPEDICO

IL DILEMMA DEL PRIGIONIERO: IL RUOLO DELL'ASSISTITO NEL MERCATO ORTOPEDICO

Il titolo di questo articolo riprende il celebre studio proposto da Albert Tucker in cui descriveva il ruolo dell'informazione all'interno della teoria dei giochi. La soluzione del gioco rappresenta un paradosso, in cui i giocatori preferiscono tacitamente perseguire una strategia che penalizza entrambi (equilibrio di Nash) rispetto la soluzione migliore per tutti i giocatori (ottimo paretiano).

Nella realtà esiste un esempio riconducibile alla perfezione al gioco descritto da Tucker: riguarda il mercato ortopedico, in particolare ci riferiamo alla posizione dell'assistito.

Ci troviamo di fronte ad un sistema che ha subito numerose problematiche negli ultimi sei anni, sia dal punto di vista del privato, dalle piccole/medie imprese del settore, sia per gli enti e istituti, manifestazioni del supporto sanitario agevolato in Italia. All'interno di questo mercato si è manifestato sempre più un dilemma irrisolvibile (apparentemente). Da una parte ci sono gli enti pubblici, costretti ad una drastica revisione del budget e al mantenimento di politiche macro economiche finalizzate alla ottimizzazione del bilancio, e dall'altra le ortopedie, per lo più costituite da piccoli fabbricanti ortopedici che collaborano quotidianamente con la Pubblica Amministrazione (ecco descritti i nostri due giocatori). Prima di addentrarci nello studio, si vuole far presente qual è il dilemma risultante da questa relazione: il paziente riesce ad essere pienamente soddisfatto e tutelato? Obiettivo ultimo, nonché la soluzione migliore per tutti.

Ebbene non c'è ancora una risposta chiara e ferma a questa domanda, sicuramente però possono essere messi in discussione i fattori che influenzano la soluzione del problema. Andiamo a descrivere il ruolo dei due giocatori.

Primo giocatore.

Enti Pubblici. Dal punto di vista della Pubblica Amministrazione, gli adeguamenti di budget e la *spending review* hanno portato dei benefici indiscussi, la razionalizzazione e la ricerca minuziosa al risparmio, han-

no ottimizzato l'ammontare delle prescrizioni, creando un controllo di gestione sempre più efficace, in merito alla scelta del fornitore e del prodotto adatto, portando un miglioramento in termini di costo beneficio.

Un esempio molto apprezzato dai grandi distributori riguarda il portale degli acquisti della Pubblica Amministrazione, creato in collaborazione col MEF (Ministero dell'Economia e Finanza). Questo strumento sussiste in una piattaforma elettronica che mette in contatto virtualmente fornitore e ente, dove qualsiasi struttura pubblica accede secondo la propria necessità specifica: fornitura di beni o prestazione di servizi. Il MEF ha costruito un sofisticato e ben regolamentato sistema d'asta al ribasso, creando l'opportunità di ricevere il miglior servizio al minor prezzo.

La piattaforma elettronica non è ancora molto conosciuta e diffusa, ma può essere un valido canale di comunicazione futura tra Stato e Impresa. Analizzando storicamente ciò che è successo dall'inizio della crisi nell'agosto 2007, è possibile notare che la Pubblica Amministrazione è stata costretta a procrastinare i pagamenti penalizzando le imprese private. Solo nel 2014 dopo le tre iniezioni di liquidità nel sistema, si è iniziato ad avere un maggiore flusso di liquidità, con un risultato positivo sulle ortopedie che, giorno dopo giorno, ripristinano il proprio equilibrio nella bilancia dei pagamenti.

Le tre "tranche" hanno anticipato per gli enti circa 5 miliardi di euro, riducendo significativamente le tempistiche di pagamento e recuperando terreno rispetto quelli che erano i dati scoraggianti nel 2011, 2012 e 2013 (triennio con costanti aumenti delle tempistiche di pagamento). Si precisa che sicuramente alcuni di essi sono riusciti a mantenere una solidità elevata contenendo i DSO (Days Sales Outstanding - i giorni medi di pagamento) e nel rispetto della normativa. In pochissimi però sono riusciti a rispettare la direttiva 2011/7/UE recepita dalla comunità Europea attraverso D.Lgs il 9 Novembre 2012 n. 192. La direttiva imponeva il pagamento da parte della Pubblica Amministrazione entro

30 gg dall'emissione della fattura, salvo diversi accordi tra le parti. Come comprovato da numerosi studi, la maggioranza delle strutture pubbliche ha sistematicamente aumentato la media dei giorni di pagamento (DSO) nel periodo tra il 2008 e il 2013.

Secondo giocatore.

Ortopedie. Dallo studio "Analisi delle scelte di struttura finanziaria nel settore ortopedico" sono state evidenziate le difficoltà che le imprese del settore hanno dovuto affrontare, ostacoli rafforzati dalla complicata ricerca e reperimento di fonti o strumenti di finanziamento, con l'obiettivo finale di far fronte alla mancata liquidità derivante dal sistema dei pagamenti pubblici.

Esso rappresenta l'unico studio mai realizzato sul settore ortopedico, lavoro che sarà aggiornato e rivisto periodicamente dai consulenti della Società Gestione Servizi, una delle poche società di consulenza dell'ortopedia.

È stata svolta un'analisi Economica, Patrimoniale e Finanziaria attraverso la consultazione dei dati presenti nel più grande database di bilanci societari di aziende italiane attualmente disponibile, selezionando l'insieme dei fabbricanti ortopedici.

Lo studio si focalizza in particolare sugli aspetti finanziari ed in modo specifico sui ritardati pagamenti da parte della Pubblica Amministrazione che, come evidenziato precedentemente, sono diventati un problema strutturale dal 2008 al 2011. Per le aziende del settore ha causato un aumento costante dei crediti a patrimonio e necessariamente del debito iscritto a bilancio. Ciò significa che le imprese incapaci di reperire liquidità hanno dovuto scaricare, a propria volta, parte delle difficoltà sui fornitori, creando un effetto a macchia d'olio sull'intero mercato. Tali criticità sono state affrontate dalle aziende ortopediche in **due modi**: attraverso la ricapitalizzazione, inducendo alla creazione del sistema che le banche e l'Europa impone, quello della solidità patrimoniale; attraverso l'uso di stru-



SEGUE L'APPROFONDIMENTO: MERCATO ORTOPEDICO

IL DILEMMA DEL PRIGIONIERO: IL RUOLO DELL'ASSISTITO NEL MERCATO ORTOPEDICO

(Continua da pagina 7)

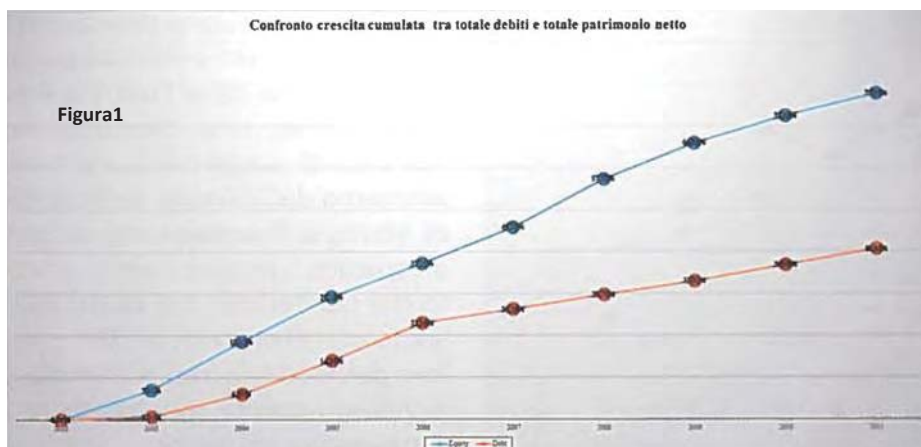
menti per l'anticipo e la cessione del credito (es. utilizzo di strumenti messi a disposizione da società di factoring).

Ricapitalizzazione.

La prima soluzione è stata ampiamente utilizzata nel settore come mezzo sostitutivo alla liquidità necessaria. Attraverso i dati rappresentati nella **Figura n.1**, si dimostra che la manovra non è stata sufficiente a stabilizzare il debito. Viene documentato che le decisioni prese dal management sono state indirizzate all'autofinanziamento, utilizzando capitale proprio, migliorando la solidità patrimoniale e iniettando liquidità nelle imprese con l'obiettivo di far fronte alle difficoltà del settore. Questa azione è stata quasi obbligata dalle banche e dalle nuove normative comunitarie e internazionali, concordate nel rispetto di una politica economica unica. Stiamo parlando del testo di attuazione internazionale Basilea 3. Il documento rappresenta un *modus operandi*, una guida con complesse regole da seguire che mirano alla crescita della solidità del sistema bancario internazionale. È basato sull'attuazione di quanto concordato tra gli stati e tratta della riorganizzazione della struttura e dei procedimenti a cui le banche devono adempiere.

Il testo, in vigore a partire dal 2013, mira a concludere l'applicazione delle regole descritte entro il 2019.

L'obiettivo principale a cui vuole arrivare, ha modificato la cultura e l'approccio delle banche ripercuotendosi inevitabilmente sulle imprese dal 2013 ad oggi, esso riguarda il rafforzamento della struttura patrimoniale. L'approccio descritto da Basilea all'interno del primo pilastro si esprime in tre punti: la rimodulazione del capitale messo a copertura delle esposizioni presenti a bilancio (nella copertura del cosiddetto *wrong-way risk* o rischio di correlazione sfavorevole); l'utilizzo di strumenti finanziari per la copertura del rischio globale e specifico; il contenimento della



leva finanziaria. Al fine di raggiungere i paletti stabiliti dal primo punto e dal terzo punto, il sistema ha subito una riorganizzazione interna delle banche. Esse hanno incrementato sempre più la valutazione analitica (quasi completamente attraverso lo studio di valori posti a bilancio) delle imprese e dei clienti, attraverso metodi sempre più sofisticati nel calcolo del rating interno. Questo ha sempre più influenzato e inasprito il *relationship lending*, cioè la comunicazione e i rapporti tra banca e impresa, infatti vengono richiesti sempre più documenti comprovanti l'andamento della attività e la pianificazione dell'impresa (tutti dati necessari per il calcolo del rating).

Basilea riguarda strettamente il sistema bancario, ma sembra quasi ovvio che se la Banca ha il compito di rispettare i parametri di bilancio imposti, deve tenere all'interno del proprio portafoglio crediti, un elevato numero di aziende molto sane e liquide, le regole imposte nel documento hanno modificato la struttura e la riorganizzazione aziendale nel sistema Italiano.

Un esempio per comprendere meglio; se la Banca decidesse di finanziare un soggetto o un'impresa con dubbie capacità di ripagare l'investimento, l'istituto sarebbe costretto ad accantonare una quota maggiore a patrimonio in caso di default, aumentando non solo il rischio specifico dell'operazione ma anche ag-

gravando la potenziale difficoltà presente in una situazione di stress dei mercati. L'ammontare di capitale da accantonare a fronte del rischio di default è direttamente proporzionale alla sua PD (Probabilità di Default), parametro ricercato attraverso l'analisi del rating aziendale (non si tratta dell'unico parametro, ma è sicuramente tra i più importanti). Gli stress test rappresentano una estremizzazione delle problematiche alle quali un istituto finanziario può essere sottoposto, nel caso di forti oscillazioni finanziarie e nel verificarsi di eventi probabili che possono mettere in difficoltà le Banche. Per essere promossi o bocciati bisogna rispettare i vincoli di Basilea 3, rimediando, ove necessario, ad una ricapitalizzazione qualora il rischio globale del portafoglio crediti necessiti di una struttura più solida atta a garantire la copertura di eventuali default di imprese o clienti, presenti nel portafoglio.

Ciò significa che le aziende, soprattutto quelle commerciali, abituate ad avere una forte esposizione debitoria nei confronti del capitale sociale versato, sono state costrette ad adeguare il patrimonio netto.

Tutto ciò è servito a migliorare la loro leva finanziaria, riducendo non solo il rischio specifico di default dell'impresa, ma migliorando il famoso parametro di valutazione attuale per le imprese ortopediche e non, il rating.

(Continua a pagina 9)



SEGUE L'APPROFONDIMENTO: MERCATO ORTOPEDICO

IL DILEMMA DEL PRIGIONIERO: IL RUOLO DELL'ASSISTITO NEL MERCATO ORTOPEDICO

(Continua da pagina 8)

Potremmo ampiamente discutere sul rating e sul calcolo dello stesso, ma, in breve, ogni banca ha già creato o sta creando un proprio metodo di valutazione (basato su quale rischio specifico essa ha necessità di conoscere sull'impresa), che tiene conto di decine e decine di valori iscritti a bilancio, messi in correlazione con risultati sullo studio del mercato in cui l'azienda opera (mercato definito dal codice ATECO di appartenenza).

Strumenti Finanziari.

La seconda soluzione ha portato ad una crescita esponenziale dell'ammontare complessivo del debito. Anche se è stato descritto nel report di Banca Italia dal "Bollettino Statistico 2012", che dal 2008 non vi è stato un aumento dei tassi applicati in percentuale. Ad oggi, però, è stato dimostrato un aumento del volume del credito richiesto. Significa pagare un tasso inferiore, ma su un ammontare strettamente maggiore. Come dimostrato da innumerevoli studi il mercato ortopedico ha subito una carenza di liquidità dovuta a mancati pagamenti da parte della Pubblica Amministrazione. Una dimostrazione numerica di questa politica, si trova all'interno dell' "Analisi delle scelte di struttura finanziaria nel settore ortopedico", in cui è stato verificato che nel periodo che va dal 2007 (inizio crisi finanziaria) al 2011 il valore dei crediti iscritti a bilancio è significativamente aumentato, accumulandosi nel tempo.

L'accesso al credito, forzato, ha portato ad un aumento del costo degli oneri finanziari che di conseguenza ha intaccato il risultato economico, causando un'erosione della marginalità caratteristica d'impresa.

In un mercato con prezzi bloccati (vd. Nomenclatore tariffario) la marginalità è stata costantemente erosa da fattori esogeni all'azienda, costringendo le ortopedie a proporre prodotti meno costosi o riorganizzando la produzione.

In questa feroce caccia alla liquidità, si è sommata una flessione della crescita all'interno del mercato ortopedico.

La **Figura 2**, estrapolata dallo stesso studio citato precedentemente, mette numericamente a confronto la crescita anno dopo anno del settore ortopedico (il tratto finale del 2012-2013 mostra dei valori risultanti dalla stima dei dati storici correlati all'andamento del settore negli anni sottoposti all'analisi). Questa stretta correlazione, dei dati di fatturato con i dati di andamento della produzione italiana, mette in risalto in che modo la crisi iniziata nel 2007 si sia ripercossa sul mercato ortopedico, subendo la flessione del mercato nazionale. Negli ultimi anni il grafico dimostra che l'andamento negativo del settore è stato più proporzionale che nel periodo dal 2003 al 2008. Questo è dovuto alle problematiche sorte all'interno del settore: dai ritardi nei pagamenti da parte della Pubblica Amministrazione; dalla stretta del budget applicato alle singole ASL in materia di somministrazione di ausili e dispositivi medici.

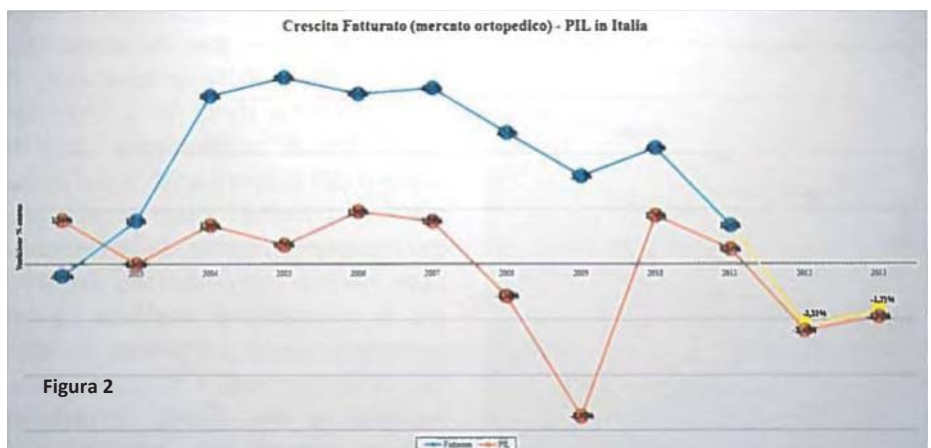
Soluzione del problema.

E da qui torniamo alla domanda iniziale che ci riporta al nostro dilemma. In un mercato dove vi è una forte difficoltà a reperire liquidità, dove la marginalità tende a zero (nel caso in cui non fosse fatto un intervento mirato), dove l'investi-

mento nella progettazione, nei macchinari e nel rinnovamento dei prodotti è molto basso (infatti la percentuale di debito a medio/lungo è pari all'1% del debito complessivo, ciò significa che gli investimenti vengono spesi con il capitale di funzionamento o si investe molto poco), le aziende non sono incentivate a soddisfare maggiormente i clienti con prodotti tecnologicamente all'avanguardia o non possono investire, poiché il costo necessario per sostenere l'investimento, sommato al costo dei componenti innovativi, richiederebbe di ridurre ulteriormente la marginalità specifica. La Pubblica Amministrazione ha sicuramente come obiettivo soddisfare gli utenti, ma è sottoposta a vincoli di budget che costringono i prescrittori a concentrare le proprie forze su chi ha maggiormente necessità di ausili o dispositivi medici. In questo caso, l'utente è prigioniero di un sistema che è stato poco incentivato alla crescita tecnologica e che rischia di rimanere intrappolato in balia della burocrazia, procedura che costringe la Pubblica Amministrazione ad ottimizzare le forniture per questioni di bilancio.

Roberto Tiriolo
Management Consultant di
Società Gestione Servizi srl

Tecnologie Riabilitative
n. 3 novembre 2014





MODENA. NON ERANO ISCRITTI ALL'IPASVI: 73 INFERMIERI CONDANNATI PER ABUSO DI PROFESSIONE. L'ASL: "NON E' IN DISCUSSIONE LA LORO PROFESSIONALITA'". AADI: "SOLO UN DISGUIDO BUROCRATICO"

Il mancato pagamento della quota di iscrizione al Collegio professionale è costata a questi infermieri una condanna del Tribunale di Modena. Ma in loro difesa si schierano l'Ausl di Modena e l'Avvocatura di diritto infermieristico. Sul tavolo il valore abilitante o meno della sola laurea infermieristica.

Il Tribunale di Modena ha condannato 73 infermieri in servizio presso gli ospedali modenesi per abuso di professione. Per l'AADI (Avvocatura di diritto infermieristico) la condanna è frutto però solo di una questione burocratica/amministrativa. "Tutti all'atto dell'assunzione avevano i requisiti per esercitare in modo legittimo la professione di infermiere", sottolinea infatti l'Ausl di Modena, che aggiunge come "la questione contestata, è ininfluenza rispetto alla preparazione e capacità di svolgere l'attività di assistenza da parte delle persone interessate dal provvedimento."

"Si tratta - aggiunge l'Ausl - di un requisito, l'iscrizione all'IPASVI, che sembrerebbe essere venuto meno successivamente all'assunzione. Alla luce di quan-

to accaduto, i fatti risalgono al 2011, in collaborazione con gli infermieri e l'IPASVI, già in passato si sono poste in essere azioni volte ad eliminare queste incongruenze".

"La norma a cui si fa riferimento - sottolinea in proposito l'AADI (Avvocatura di diritto infermieristico) - è una legge che avrebbe dovuto stravolgere l'attuale assetto normativo e statutario del collegio degli infermieri (IPASVI), che come espressamente indicato nella stessa legge, avrebbe visto trasformarsi finalmente in Ordine il collegio degli Infermieri, permettendo così ai propri associati di poter esercitare anche la libera professione (pur essendo dipendenti pubblici) un po' come avviene per i medici, ma che in realtà non è mai stata applicata poiché mancante dei decreti attuativi che la potessero rendere a tutti gli effetti operativa".

"Non vi è dunque un abuso della professione - secondo l'AADI - perché la laurea triennale in infermieristica è di per sé titolo abilitante, la professione e l'eventuale iscrizione al collegio è riferibile solo a coloro che decideranno di svolgere la loro professione come liberi professionisti-

sti al di fuori delle aziende ospedaliere o delle cliniche private convenzionate con il Ssn".

Quotidiano sanità
del 3/3/2015



OSTEOPATIA. IL ROI PRESENTA AL MINISTERO DELLA SALUTE 26MILA FIRME PER RICONOSCIMENTO PROFESSIONE

La presidente del Registro degli Osteopati d'Italia (Roi), Paola Sciomachen, consegnando i risultati della petizione che ha visto coinvolti moltissimi osteopati e i loro pazienti su tutto il territorio italiano, ha parlato della "necessità di colmare una necessità dei cittadini che sempre più si rivolgono alle medicine complementari per i loro bisogni di salute".

Si è svolto ieri nel tardo pomeriggio l'incontro, presso il Ministero della Salute, fra il Direttivo del Registro degli Osteopati d'Italia (Roi) guidato dal Presidente Paola Sciomachen, Sabrina De Camillis, consulente politico del Ministro Lorenzin e suo delegato, e Rossana Ugenti, Direttore generale delle Professioni sanitarie del Ministero della Salute. All'ordine del giorno la consegna delle 26.000 firme, raccolte da novembre 2014 a oggi, a favore del riconoscimento dell'Osteopata come Professione Sanitaria Autonoma.

"Il successo della petizione dimostra

che la strada del confronto con le istituzioni a favore del riconoscimento non si basa su interessi particolari di una categoria professionale ma va a colmare una necessità dei cittadini che sempre più si rivolgono alle medicine complementari e alternative per far fronte ai propri bisogni di salute - commenta Paola Sciomachen, Presidente Roi -. E' un fenomeno che non può essere ignorato e che richiede di mettere in campo tutte le necessarie tutele, a partire dalla certezza di affidarsi a professionisti qualificati, correttamente formati e che possano offrire una prestazione sanitaria efficace nel rispetto delle norme che solo il riconoscimento può garantire. Tutto questo all'interno di un quadro che già ci vede collaborare con medici e sanitari con l'obiettivo comune di migliorare la salute pubblica".

"Come Ministero della Salute - ha sottolineato Sabrina De Camillis - alla luce anche dei nuovi indirizzi del Cen, siamo convinti che la regolamentazione della professione di osteopata vada fatta per

rispondere a due obiettivi principali: garantire il cittadino che deve avere la certezza, quando ricorre alle cure dell'osteopata, di trovarsi di fronte un professionista con adeguate competenze; impedire che ci sia un'attività fatta da chi può fare danni al cittadino e alla professione. E' in questa direzione che va l'emendamento al Ddl Lorenzin sulla riforma delle professioni sanitarie, in discussione nella competente Commissione al Senato".

da Quotidiano Sanità
del 2/4/2015





L'OSTEOPATIA NON VUOLE SOTTRARSI ALLA REALTÀ DELL'EVIDENZA SCIENTIFICA

Gentile Direttore,

in qualità di Presidente dell'Associazione Professionale degli Osteopati, mi sento in dovere di fare alcune puntualizzazioni in merito al dibattito in corso tra il Dottor Davide B. Albertoni, Presidente del gruppo di terapia manuale, e la collega Paola Sciomachen, Presidente del ROI. Albertoni muove delle critiche non tanto all'operato del ROI o del suo Presidente ma alla professione osteopatica in quanto tale, spostando il livello del dibattito da "politico" a "tecnico", affermando, in sintesi, che l'osteopatia non ha sufficiente documentazione scientifica a supporto della sua validità. Anche la nostra Associazione attribuisce un ruolo fondamentale alla ricerca a favore dell'evidenza scientifica in ambito osteopatico, al fine di promuovere la costante evoluzione della professione e nell'interesse della salute dei pazienti. Come già ribadito dalla collega **Paola Sciomachen**, i documenti pubblicati dall'OMS nel 2010 affermano che: "The practice of osteopathy is distinct from other healthcare professions". Mi sembra palese da questa affermazione che l'OMS riconosca l'osteopatia come una professione sanitaria distinta dalle altre. Inoltre, vorrei sottolineare che in molti paesi, come ad esempio Inghilterra, Francia, Svizzera, Australia, Nuova Zelanda (solo per citarne alcuni), l'osteopatia è riconosciuta come professione autonoma e sanitaria.

Vorrei altresì ricordare che, per avvalorare il crescente credito della professione osteopatica a livello internazionale, l'osteopatia è entrata a far parte delle terapie sanitarie ufficiali a disposizione degli atleti nelle Olimpiadi di Londra del 2012.

Il Dottor Albertoni cita poi l'interrogazione Parlamentare della Senatrice Binetti sul profilo professionale dell'osteopata e del chiropratico. "...il Ministero della salute si è già pronunciato, dichiarando l'osteopatia attività sanitaria, ed in quanto tale, praticabile solo da personale sanitario."

Ma questa è un'interpretazione, non una citazione della dichiarazione della Senatrice Binetti. Infatti, il testo riporta quanto segue: "Per quanto concerne l'osteopatia questo Ministero si è più volte espresso affermando che le attività svolte dall'osteopata rientrano nel campo delle attività riservate alle professioni sanitarie". Non aggiunge assolutamente "praticabile solo da personale sanitario". Al contrario, la dichiarazione della Senatrice Binetti, da noi a suo tempo contattata per conferma, è da inten-

dersi come la necessità di regolamentare la professione osteopatica tra le attività sanitarie autonome. Il successivo Disegno di Legge a firma della medesima relatrice ha fornito prova di tale interpretazione, a scanno di ulteriori strumentalizzazioni di sorta.

Ricordo, per altro, che le professioni sanitarie in Italia sono 22. Il Dott. Albertoni vuol quindi dire che, per esempio, un tecnico audio-protista, un igienista dentale o un tecnico di riabilitazione psichiatrica (tutte professioni sanitarie più che rispettabili) possono quindi svolgere licitamente la professione di osteopata?

Entrando quindi nella disquisizione tecnico scientifica, il Dott. Albertoni afferma che non ci siano meta-analisi o revisioni a sostegno dell'osteopatia, ma quanto da lui affermato non corrisponde al vero. Ecco alcuni esempi: - John C Licciardone, Angela K Brimhall and Linda N King. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Musculoskeletal Disorders 2005; - Franke et al. BMC Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis Musculoskeletal Disorders 2014; - Franke H, Hoesele K. Osteopathic manipulative treatment (OMT) for lower urinary tract symptoms (LUTS) in women.

Il Dott. Albertoni confuta poi l'affidabilità dei test diagnostici osteopatici. E' vero che sono state pubblicate alcune revisioni a sostegno di questa affermazione ma si dice anche: "However, the-

re are unexplored factors that, after standardization, may improve reliability and further the understanding of musculoskeletal palpatory examination". Tale affermazione, di fatto, apre ad ulteriori studi per l'accreditamento continuo della diagnosi palpatoria, attenendosi al metodo scientifico che dovrebbe essere proprio di ogni disciplina sanitaria, onde evitare il riferimento ad alcun "diritto acquisito" e per promuovere la modernizzazione delle terapie. Quale prova migliore per ribadire il ruolo sanitario attuale dell'Osteopatia? Cfr. al riguardo: Stovall BA, Kumar S. Anatomical landmark asymmetry assessment in the lumbar spine and pelvis: a review of reliability. PM R. 2010 Jan;2(1):48-56.

Concludendo, siamo ben consapevoli che la nostra è una disciplina giovane (100 anni o poco più sono pochissimi) ma è già da parecchi anni che la ricerca osteopatica è attiva con un aumento esponenziale del numero di pubblicazioni come evidenziato dalla relazione Degenhardt.

Come sottolineato dallo studioso americano, la ricerca osteopatica è passata da poche decine di pubblicazioni annuali degli anni 50 alle attuali centinaia con un picco esponenziale dagli anni duemila ad oggi, con un trend continuo di crescita che dimostra quanto l'osteopatia non desideri affatto sottrarsi alla realtà dell'evidenza scientifica.

Carlo Broggin

Presidente Associazione
Professionale Osteopati

da *Quotidiano Sanità*
del 3/3/2015





FISIOTERAPISTA NON PUÒ OPERARE SENZA PRESCRIZIONE DEL MEDICO. LA SENTENZA DEL CONSIGLIO DI STATO

I giudici hanno respinto il ricorso dell'Aifi che si era opposta alla delibera della Regione Basilicata con la quale si stabilisce che il fisioterapista possa erogare prestazioni al singolo paziente solo su prescrizione del fisiatra o di medico specialista.

Il Consiglio di Stato ha respinto il ricorso dell'Associazione italiana fisioterapisti della Basilicata confermando così il giudizio già espresso dal Tar con il quale si dava invece ragione alla Regione Basilicata che, con una delibera del 2012, ha stabilito che il fisioterapista può erogare prestazioni al singolo paziente solo su prescrizione del fisiatra o di medico specialista e che può utilizzare solo alcune apparecchiature elettromedicinali. Per il Consiglio di Stato infatti sono da condividere le argomentazioni del giudizio del Tar, che vengono definite come "puntuale e argomentata ricostruzione della normativa" e che "pone in evidenza la centralità e la responsabilità del ruolo del medico nel percorso/progetto/programma terapeutico nell'area della riabilitazione e quindi la previsione del controllo di un medico fisiatra, con la diagnosi, l'individuazione e la prescrizione della terapia, ai fini dell'accesso alle prestazioni riabilitative a carico del S.S.N."

"Ne consegue - scrive ancora il Consiglio di Stato - che le disposizioni regionali in contestazione non si appalesano lesive delle competenze professionali del fisioterapista, come peraltro sostenuto anche nella giurisprudenza di altri T.A.R. (Sicilia - Catania, sez. II, n. 238/2003; T.A.R. Lazio - Roma, sez. III, n. 1792/2012), posto che l'autonomia delle diverse competenze degli operatori sanitari si inserisce necessariamente e si armonizza nel ridetto sistema normativo, volto ad assicurare la omogenea tutela della salute e l'uniformità dei livelli assistenziali su tutto il territorio nazionale".

"Secondo l'interpretazione del giudice di primo grado quindi - si legge ancora nella sentenza - l'autonomia del fisioterapista può svolgersi, in coerenza col sistema normativo nazionale, solo nel presupposto delle prescrizioni indicate dal fisiatra, quale coordinatore dell'equipe riabilitativa, così come legittimamente disposto dalla Regione Basilicata proprio a ciò abilitata dai richiamati artt. 2 e 4 L.R. n. 28/2000 che per l'appunto prevedono l'emanazione di specifiche direttive".

Pertanto, prosegue il Consiglio di Stato, "Come già sostenuto (...) i requisiti posti

per le professioni sanitarie e che legittimano il loro esercizio rispondono all'interesse di ordine generale di tutelare la collettività contro il rischio di un non appropriato trattamento sanitario, per cui l'opzione interpretativa fatta propria dal T.A.R. si appalesa nel caso di specie coerente con tale interesse ed è confortata da una serie di elementi interpretativi sistematici".

"Emergono così concrete indicazioni - scrivono ancora i giudici - circa l'ambito delle competenze del fisioterapista e la delimitazione delle stesse rispetto a quelle proprie del medico specialista che, si rammenta, è responsabile della predisposizione delle attività terapeutiche e del progetto riabilitativo anche se la sua elaborazione è frutto di un lavoro di equipe".

"I programmi riabilitativi - proseguono - costituiscono ulteriori specificazioni del progetto, chiaramente elaborati anch'essi dall'equipe, sotto la guida del medico e con l'ausilio degli altri operatori sanitari, tra cui il fisioterapista, la cui attività "valutativa e diagnostica" si svolge, dunque, sempre sotto la guida e le prescrizioni mediche del medico specialista e per l'appunto concorre ad elaborare, in termini esecutivi, il programma di riabilitazione che fa parte dell'intervento terapeutico già "a monte" definito dal progetto".



AUMENTO ALIQUOTA INPS, IGIENISTI DENTALI IN RIVOLTA

Si accende la protesta degli igienisti dentali contro il sistema e l'aumento dei costi della Gestione Separata INPS. IDEA, Igienisti Dentali Associati, ha vagliato una grande quantità di email e fax di protesta contro l'aumento dell'aliquota.

La categoria ha lanciato un ultimatum al Governo, i maggiori esponenti minacciano che se entro il giorno 11/04/2015 (data di riunione dell'assemblea in occasione del Dental Hygienist Expo di Verona) i politici non avranno ascoltato le proteste degli igienisti dentali, questi autosospenderanno i versamenti all'INPS.

La petizione lanciata da IDEA ha avuto un buon numero di adesioni, circa 3mila, in più anche le associazioni di dietisti e fisioterapisti si sono uniti alla protesta.

Coerente, infine, anche l'organizzazione dei servizi della riabilitazione e la metodologia adottate dalla Regione Basilicata con le quali, per il Consiglio di Stato, sono stati individuati "puntualmente il progetto riabilitativo individuale e i programmi riabilitativi individuali del medico specialista, quindi gli interventi del fisioterapista soggetti alle prescrizioni del medico e l'attività libero - professionale non soggetta ad autorizzazione se prevalente rispetto all'aspetto organizzativo (rapporto 1/1 fisioterapista-paziente), e ciò anche con riguardo all'utilizzo, non prevalente, di apparecchiature elettromedicinali e solo complementari al proprio esercizio professionale, in sintonia con la normativa statale (D. Lgs. n. 229/1999)".

da **Quotidiano Sanità**
del 18/2/2015



Adesso la palla passa al Governo di Matteo Renzi, spetta a quest'ultimo la decisione se trattare o meno, in caso positivo sarebbe la prima volta che gli Igienisti Dentali acquistino potere contrattuale e questo di sicuro rafforzerebbe e non poco la categoria.

da **Paginesalute.it**
del 14/01/2015





CORTE DI CASSAZIONE: IL MEDICO NON PUÒ FARE TERAPIA RIABILITATIVA. ESSA SPETTA A CHI DETIENE "SPECIFICO DIPLOMA UNIVERSITARIO"

Ribaltata una precedente sentenza del 2003 che sanciva una sorta di competenza universale per il medico. Ma oggi la Corte afferma che la "laurea in medicina consente l'espletamento di attività ausiliarie ma non anche di attività, quale la terapia riabilitativa, che non hanno tale carattere ed il cui svolgimento postula uno specifico diploma universitario".

La Corte di cassazione torna, dopo molti anni, sulla problematica relativa al corretto titolo per esercitare una professione sanitaria. Nel 2003 affermò che qualunque esercente la professione medica poteva esercitare la professione di fisioterapista in quanto la limitazione posta dai profili professionali si riferiva "ai non laureati (fisioterapisti, infermieri, logopedisti ecc.) e non al medico, che in quanto titolare della laurea in medicina e chirurgia è abilitato ad esplicare assistenza sanitaria in funzione di prevenzione, diagnosi, e cura, di guisa che il diploma di specializzazione nella riabilitazione non può essere previsto tra i requisiti, la cui mancanza impedisca a qualsivoglia medico di esercitare la terapia della riabilitazione". Concludeva la Corte (Corte di cassazione, VI sezione penale, sentenza 25 novembre 2003, n. 49116) che il medico, in quanto iscritto a un ordine professionale poteva esercitare "lecitamente attività professionale, la quale è caratterizzata dall'autonomia sia nella scelta dell'area di intervento, sia nell'accettazione o meno delle domande di assistenza rivoltegli". (Nel caso di specie il medico esercitava di fatto l'attività di fisioterapista).

La Corte aveva quindi sposato la classica interpretazione dell'attività medica senza alcuna distinzione con l'attività sanitaria. Da questo punto di vista perdeva di ogni significato il pur disposto testuale della legge 42/99 che riconosce a ogni professione sanitaria "un campo proprio di attività e di responsabilità". L'attività medica non aveva quindi confini, quanto meno, "verso il basso".

Ma ora ci torna sopra la sezione lavoro della Suprema Corte addivenendo, con una nuova sentenza, a una interpretazione più avanzata e contrapposta. Nella causa di lavoro legata a un licenziamento di un operatore sanitario, in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, e che esercitava l'attività di terapeuta della riabilitazione (rectius fisioterapista) motivata con il rischio della perdita dell'accreditamen-

to regionale la sezione lavoro ha affermato il principio di diritto secondo il quale la "laurea in medicina consente l'espletamento di attività ausiliarie ma non anche di attività, quale la terapia riabilitativa, che non hanno tale carattere ed il cui svolgimento postula uno specifico diploma universitario". Questo l'innovativo principio di diritto che cambia l'antico orientamento della giurisprudenza penale della stessa Corte. Al di là delle peculiarità del caso di specie che ha dato luogo alla sentenza, l'innovazione non è di poco conto in quanto determina l'esclusività dell'esercizio professionale per tutte le professioni. Vi saranno le solite difficoltà nell'individuazione dell'esclusività, ma il principio è tracciato.

Ancora una volta, al netto delle polemiche di questi mesi sul "comma 566", la giurisprudenza agisce in via di supplenza rispetto alla litigiosa politica, deter-

minando un limite che viene posto proprio dalle leggi sulle professioni sanitarie. Ad oggi, curiosamente, le uniche norme di carattere generale che riguardano la professione medica sono contenute proprio nelle leggi di abilitazione all'esercizio professionale delle professioni sanitarie e i tentativi, di costruirne una, sulla pura attività medica, sono parsi fino ad ora goffi, impacciati e disorganici.

Luca Benci
Giurista

da **Quotidiano Sanità**
del 28/03/2015



I DENTISTI CONTRO L'ANTITRUST

L'associazione italiana odontoiatri (Aio) si schiera al fianco della Federazione nazionale degli ordini (Fnomceco) dei 'camicci bianchi' nella contesa con l'Autorità Garante della Concorrenza e gli operatori Groupon e Dental Franchising sui vincoli deontologici alla pubblicità sanitaria. In una nota, infatti si ricorda come lo scorso settembre l'Authority abbia deciso di "sanzionare la Federazione per 831.000 euro, perché il Codice deontologico avrebbe ispirato comportamenti di singoli ordini restrittivi verso la concorrenza e verso la volontà di alcuni iscritti di pubblicizzare le proprie prestazioni. La Fnomceco ha fatto ricorso sia per motivi formali e di contenuto sia per la sproporzione della sanzione comminata", e adesso i circa 8.000 odontoiatri dell'Aio si uniscono "ad adiuvandum" al ricorso. "Siamo convinti che non sia stata violata nessuna legge, inclusa la Bersani del 2006, e che i valori condivisi debbano essere difesi: in un corretto rapporto tra persona assistita e curante non c'è spazio per pubblicità commerciali, ma solo per un'informazione esauriente a tutela del cittadino titolare del diritto alla salute", afferma il presidente Pierluigi Delogu. Ed evidenzia come il momento sia "delicato per le professioni intellettuali, il cui contributo

a tutela di diritti costituzionalmente protetti rischia di essere subordinato ai principi del libero mercato". Azioni simili a quella intrapresa contro Fnomceco, va avanti Delogu, "sono state intente agli Ordini di avvocati e notai. Ai notai è stato intimato dall'Antitrust di cambiare il Codice deontologico e la Legge notarile", sottolinea. Il leader dell'associazione di dentisti paventa, infine, "una deriva verso un'informazione solo commerciale e un livellamento al basso della qualità delle prestazioni, rese più variegata ed eterogenee - ma non qualitativamente migliori - da un'offerta terapeutica che induce bisogni inesistenti".

da **MondoProfessioni.EU**
del 3/03/2015





LA RESPONSABILITA' DEL MEDICO ODONTOIATRA: HA NATURA EXTRACONTRATTUALE E ...ATTENZIONE AL CONSENSO INFORMATO!

Tribunale di Milano, Sez. I, sent. 18/09/2014, n. 11171

La Sezione I del Tribunale di Milano torna sull'attualissimo tema della responsabilità medica con questa importante sentenza che, per la prima volta – conformemente all'orientamento seguito dalla Sezione (e cristallizzato dal Giudice, Dott. Gattari, con la sent. n. 9693/2014) sancisce, **anche con riferimento alla figura del medico odontoiatra**, la tesi della **responsabilità extrac contrattuale**.

Ma veniamo ai fatti di causa.

Un paziente, sottoposti ad una serie di terapie odontoiatriche – anche di natura interventistica – presso una nota Clinica odontoiatrica di Milano, conveniva in giudizio la Struttura nonché i medici intervenuti, lamentando di avere subito rilevanti danni alla salute e segnalando altresì l'omessa prestazione di un valido consenso.

Il Tribunale Milanese, nell'accogliere la richiesta risarcitoria formulata dal paziente, coglie l'occasione per offrire una interessantissima ed efficace panoramica circa **l'attuale orientamento della Sezione I in materia di responsabilità professionale medica, estendendo detto orientamento, per la prima volta, anche al settore della medicina odontoiatrica**.

Il punto cardine di questa nuova interpretazione è rappresentato dall'art. 3 della L. n. 189/2012 (di conversione del c.d. "Decreto Balduzzi"), nella parte in cui afferma che – ferma restando l'assenza di responsabilità penale laddove la condotta del medico si caratterizzi, sotto il profilo soggettivo, per colpa lieve e il medico stesso si sia attenuto nella propria attività a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica – **non viene comunque meno l'obbligazione risarcitoria civile di cui all'art. 2043 c.c.**

Ed ecco che il Tribunale Milanese – pur consapevole del contrario avviso espresso dalla Corte di Cassazione in merito al significato da attribuire al richiamo all'art. 2043 c.c. – ha ritenuto che, laddove manchi un contratto d'opera professionale fra paziente e medico (odontoiatra, in questo caso), la responsabilità risarcitoria del medico deve essere fatta rientrare nell'alveo della responsabilità da fatto illecito e non più in quello della responsabilità contrattuale da "contatto sociale" (con tutto ciò che ne consegue, principalmente in tema di riparto dell'onere della prova e di termine di prescrizione dell'azione risarcitoria).

Ma non è tutto.

Fra le varie doglianze, il paziente lamentava di non essere stato correttamente informato circa la natura e i possibili esiti delle terapie odontoiatriche su di lui eseguite, con la conseguenza che questo avrebbe inficiato la validità del consenso da lui prestato alle cure stesse.

Ed ecco che, sul punto, il Giudice milanese - dopo aver riaffermato l'ormai noto principio secondo il quale non è la firma apposta dal paziente sul modulo di consenso a rendere detto consenso giuridicamente valido ed efficace, specie laddove non sia idoneo a dimostrare l'avvenuto assolvimento degli oneri informativi di cui i sanitari sono sempre gravati nei confronti del paziente (tanto più laddove la situazione sia, come nel caso di specie, particolarmente complessa, in virtù della molteplicità degli atti terapeutici eseguiti e del coinvolgi-

mento di un elevato numero di professionisti) - aggiunge poi un elemento in più.

La mancata prestazione di un valido consenso costituisce autonoma fonte di responsabilità per il medico, in quanto rappresenta una lesione del diritto all'autodeterminazione del paziente (oltre che, in ipotesi, della sua stessa integrità psico-fisica). Ma **la prova di tale lesione** – e, dunque, del danno che ne consegue – **deve necessariamente essere fornita dal paziente, con la conseguenza che "(...) pur accertato l'inadempimento all'obbligo di informazione (...), in assenza di prova, all'attore non può essere risarcito alcun danno a titolo di lesione del consenso informato (...)"**.

Studio Legale Stefanelli

BANCOMAT OBBLIGATORIO, LE POSSIBILI SANZIONI NON SCONCERTANO I MEDICI

Detrazioni dal reddito, multe fino a 500 euro, con l'intimazione a mettersi in regola entro 30 giorni, raddoppio della multa al secondo sgarro e, infine, sospensione dalla professione. Il quadro di sanzioni in crescendo, che si profila per i medici inadempienti rispetto all'utilizzo del lettore bancomat nei propri studi, non è da sottovalutare e, anche se per ora si limita a essere contenuto in un disegno di legge, ha aperto il dibattito sulla sua opportunità. E se ci sono categorie come gli architetti che dichiarano il loro fermo no, i medici sembrano tutto sommato favorevoli all'ipotesi. I fatti sono noti. Dal 1 luglio 2014 tutti i professionisti sono obbligati a dotarsi di Pos se il paziente chiede di utilizzarlo per pagamenti oltre 30 euro sulle prestazioni in libera professione. Ma in pochi, per ora, sembrano avere rispettato l'obbligo. Un dato che il segretario generale di Fnomceo **Luigi Conte** non drammatizza. «Una premessa è d'obbligo» sottolinea. «L'obbligo di Pos è stato accolto favorevolmente da Fnomceo, come contributo di trasparenza e tracciabilità. Ciò detto l'iter di introduzione delle sanzioni è un logico completamento del progetto. Un po' come per l'Ecm dove a fronte dell'obbligo inizialmente non erano previste sanzioni. Il concetto

è che la presenza di sanzioni inevitabilmente incentiva anche se, come il disegno di legge in discussione in questi giorni prevede» continua Conte «è bene contemplare anche agevolazioni per chi si "comporta bene". Il sistema peraltro» conclude il segretario Fnom «deve essere sufficientemente flessibile e prevedere situazioni particolari nelle quali la sanzione non scatta».

Marco Malagutti

DoctorNews33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

del 13 marzo 2015





LA RECIDIVA ESCLUDE LA TENUITA' DEL FATTO



3 marzo 2015

La causa di non punibilità per la tenuità del fatto recentemente introdotta dal legislatore all'articolo 131 bis del Codice penale trova una specifica disciplina per le società non quotate per il reato di falso in bilancio (nuovo articolo 2621 ter).

In via generale per i reati puniti con pena detentiva non superiore nel massimo a cinque anni, la punibilità è esclusa quando, per le modalità della condotta e per l'esiguità del danno o del pericolo, l'offesa è di particolare tenuità e il comportamento risulta non abituale.

I criteri sui quali deve incardinarsi il giudizio di «particolare tenuità del fatto» sono così due: 1) la particolare tenuità dell'offesa, che implica una valutazione sulle modalità della condotta e l'esiguità del danno o del pericolo; 2) la non abitualità del comportamento dell'autore (che non deve essere un delinquente abituale, professionale o per tendenza, né aver commesso altri reati della stessa indole).

Sono così state introdotte delle circostanze che escludono la particolare tenuità del fatto le quali, ovviamente, non possono riguardare i reati di falso in bilancio.

È il caso di quando l'autore ha agito per motivi abietti o futili, o con crudeltà, anche in danno di animali, o ha adoperato sevizie o, ancora, ha profittato delle condizioni di minorata difesa della vittima, anche in riferimento all'età della stessa, ovvero quando la condotta ha cagionato o da essa sono derivate, quali conseguenze non volute, la morte o le lesioni gravissime di una persona. L'istituto, dunque, non si applica ai reati di omicidio colposo e di lesioni gravissime, oppure qualora l'autore abbia agito con particolare crudeltà o approfittando delle condizioni della vittima.

Per questa ragione nel disegno di legge viene previsto che, ai fini della non punibilità per particolare tenuità, il giudice valuta, in modo prevalente, l'entità dell'eventuale danno cagionato alla società, ai soci o ai creditori conseguente ai reati di falso in bilancio di cui agli articoli 2621 e 2621 bis, quindi relative alle società non quotate (anche per lieve entità) e alle società «non fallibili».

Da segnalare poi che l'applicazione di questa particolare causa di non punibilità presenta per i reati societari, e quindi nella specie per il falso in bilancio, le medesime problematiche che si incontrano per i reati tributari: è necessario che non siano stati commessi altri reati della stessa indole anche se cia-

scun fatto, isolatamente considerato, sia di particolare tenuità. Ne consegue che in presenza di violazioni contabili reiterate negli anni e quindi di falsi in bilancio commessi per più esercizi, non sarà possibile usufruire della non punibilità.

Da ricordare, infine, che, in ogni caso, la causa di non punibilità per la particolare tenuità del fatto scatta dopo un effettivo accertamento della responsabilità a carico dell'indagato e non in modo automatico.

CORTE DI CASSAZIONE — PENALE (REATO DI LESIONI PERSONALI AGGRAVATE PER AVULSIONE DI UN DENTE INCISIVO)

§ - integra la fattispecie criminosa delle lesioni personali aggravate, di cui all'art. 583, comma primo, n. 2 del codice penale, anche l'avulsione di un solo dente incisivo, in quanto occorre far riferimento alla naturale funzionalità dell'organo indipendentemente dalla possibile applicazione di una protesi dentaria.

Anche l'ulteriore indebolimento di un organo, la cui funzione sia già limitata a causa di precedente anomalia, costituisce causa per ritenere la sussistenza dell'aggravante di cui al n. 2 del primo comma dell'art. 583 cod. pen.

Avv. Ennio Grassini-
www.dirittosanitario.net

Cassazione Penale – Sez. V; sent. n. 4177 del 28.01.2015

[...]

Ritenuto in fatto

1. Con la sentenza impugnata la Corte d'appello di Lecce, in data 5 luglio 2013, confermava la sentenza del Tribunale di Lecce - sezione distaccata di Campi Salentina, con la quale A.N. era stato condannato alla pena di giustizia per il reato di cui agli artt. 582 e 583 cod. pen. commesso in danno di F.C. (fatto commesso in data 14 marzo 2006).

2. Propone ricorso l'imputato, con atto sottoscritto dal suo difensore, deducendo la violazione di legge con riferimento al riconoscimento dell'aggravante di cui all'art. 583 cod. pen. sebbene nel caso di specie non vi sia alcun indebolimento di un organo, giacché le lesioni hanno solo provocato l'avulsione di un dente senza incidere sull'apparato masticatorio della persona offesa.

Considerato in diritto

Il ricorso è infondato.

La Corte territoriale ha, con valutazioni esenti da vizi logici e di merito, compiutamente risposto alla stessa doglianza del ricorrente proposta in appello.

Dopo aver dato atto delle risultanze processuali in base alle quali è risultata provata la lesione della "completa avulsione

traumatica di un incisivo superiore" riportata dalla persona offesa, la Corte d'Appello ha evidenziato le ragioni di diritto secondo le quali la suddetta lesione è riconducibile in una delle aggravanti di cui all'art. 583 cod. pen..

Ed invero, ritiene il Collegio, che una menomazione anche minima, purché apprezzabile, della potenzialità di un organo, sicuramente sussistente nel caso, come quello in esame, della rottura di un incisivo, appare sufficiente per aversi indebolimento permanente dell'organo della masticazione ai sensi dell'art. 583, comma primo, n. 2 cod. pen..

Tale valutazione, peraltro, si colloca in un recente alveo giurisprudenziale, secondo cui, in tema di lesioni personali, deve ritenersi immune da censure la sentenza di merito che ha ravvisato l'aggravante dell'indebolimento permanente di un senso o di un organo in ipotesi di sublussazione e successiva devitalizzazione di un dente in conseguenza della condotta lesiva posta in essere dall'imputato (Sez. 5, n. 27986 dei 05/02/2013 - dep. 26/06/2013, M, Rv. 256357; Sez. 5, 04/07/2011, n. 42114, B.).

La stessa giurisprudenza, in caso analogo a quello in esame, ha precisato che integra la fattispecie criminosa di cui all'art. 583, comma primo, n. 2 cod. pen., anche l'avulsione di un solo dente incisivo, in quanto occorre far riferimento alla naturale funzionalità dell'organo indipendentemente dalla possibile applicazione di una protesi dentaria. (Sez. 2, n. 32586 del 03/06/2010 - dep. 01/09/2010, Ben Ali, Rv. 247979).

E giurisprudenza risalente di questa Corte ha pure ritenuto che l'ulteriore indebolimento di un organo, la cui funzione sia già limitata a causa di precedente anomalia, costituisce causa per ritenere la sussistenza dell'aggravante di cui al n. 2 del primo comma dell'art. 583 cod. pen. (fattispecie in tema di perdita di due denti incisivi in apparato masticatorio già mancante di due canini) (Sez. 4, n. 1993 del 15/10/1974 - dep. 20/02/1975, PARME, Rv. 129327). P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali.



T.A.R. ROMA (ORDINE DEI MEDICI: LIMITI AL DIVIETO DI PUBBLICIZZARE I PREZZI DELLE PRESTAZIONI)



24 marzo 2015

L'Autorità garante della concorrenza e del mercato ha individuato un'intesa restrittiva nella spedizione di due missive, da parte del Presidente della Commissione Odontoiatri, agli appartenenti all'Ordine degli odontoiatri di Bolzano, in quanto ritenute idonee ad incidere sul comportamento economico degli iscritti, con l'effetto di restringere la concorrenza tra i medesimi. La nozione di "impresa", alla quale occorre fare riferimento per l'applicazione della normativa in materia, è quella risultante dal diritto comunitario e si riferisce a tutti i soggetti che svolgono un'attività economica e sono attivi in uno specifico mercato. Per questo sono ormai considerate "imprese" anche gli esercenti le professioni intellettuali che offrono sul mercato, dietro corrispettivo, prestazio-

ni suscettibili di valutazione economica, rendendo in tal modo possibile qualificare in termini di associazioni di impre-

se anche gli ordini professionali.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net



OBBLIGO RC: PER LE PROFESSIONI SANITARIE NON È ANCORA OPERATIVO

Finché non ci sarà il decreto sui requisiti delle polizze, i professionisti della sanità non sono pienamente obbligati. Siamo in vacatio legis. Il Consiglio di Stato, sez. II, con parere n. 486 del 19 febbraio 2015 ha affermato che "l'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie non possa ritenersi operante fino a quando non sarà avvenuta la pubblicazione ed esaurita la vacatio legis del D.P.R. previsto dal capoverso dell'art. 3 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, che disciplinerà le procedure e i requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Conseguentemente, sino ad allora, non potrà essere considerata quale illecito disciplinare la

mancata stipula di una polizza assicurativa, da parte degli esercenti le professioni sanitarie". Pertanto, senza la definizione in sede regolamentare dell'accesso al mercato assicurativo da parte degli esercenti le professioni sanitarie, come previsto appunto nel citato art.3 del decreto Balduzzi, non può ritenersi operativo l'obbligo per quest'ultimi di dotarsi dell'assicurazione professionale, e ciò anche nella considerazione che tale obbligo, per queste particolari categorie professionali, non è più riconducibile all'originaria previsione dell'art.3 quinto comma lett. e) del D.L. 13 agosto 2011 n. 138 ma, per effetto delle norme successive, ha ricevuto una disciplina speciale, la cui integrale attuazione ne condiziona l'operatività.

Il Consiglio di Stato ha rilevato che tale conclusione trova un'evidente conferma nell'art. 44, comma 4-quater, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98, che ha prorogato di un biennio la decorrenza dell'obbligo assicurativo per gli esercenti le professioni sanitarie rispetto alla data del 15 agosto 2013, già prevista dall'art. 5 del D.P.R. n. 137 del 7 agosto 2012. Non si può quindi non sottolineare che anche la Federazione con nota trasmessa il 4 settembre 2014 al Ministro della Salute, Beatrice LORENZIN, si era espressa in questo senso.

da MondoProfessionisti.eu
del 20 marzo 2015



Per informazioni



Daniele Dondarini
Responsabile CNA Benessere e Sanità Emilia Romagna
Via Rimini, 7—40128 Bologna
tel. 051/21.33.124—Fax 051/7459532
E-mail: benesseresanita@cnaemiliaromagna.it
www.cnaemiliaromagna.it

- Odontotecnici
- Ottici
- Podologi
- Tecnici Ortopedici
- Fisioterapisti e Massofisioterapisti
- Sanità in generale
- Normative e notizie di stampa
- Approfondimento