



CNA Coordinamento Sanità



Repertorio informativo di interesse sanitario

Numero 1, luglio 2014



NESSUNA SANZIONE PER CHI NON HA IL POS

In vista della scadenza Pos, il Ministero delle Finanze convocherà "in tempi brevi" un tavolo di confronto tra il Governo, le banche e i rappresentanti degli operatori economici e professionali interessati. Confermato: nessuna sanzione per chi non avrà installato il POS. Annunciata una campagna d'informazione nei confronti dei consumatori. Il nodo della questione sono i costi: le commissioni bancarie e di transazione interbancaria. Pagare per incassare è la principale obiezione che professionisti ed esercenti contestano al Ministero delle Finanze. Se ne è fatto carico l'On Marco Causi con una interrogazione a risposta immediata al Ministero delle Finanze. Causi ha chiesto di "chiarire gli effetti dell'applicazione della norma evitando l'insorgere del possibile contenzioso che i singoli contribuenti, i professionisti, gli ordini professionali e le associazioni di categoria intendono scongiurare". Inoltre, l'introduzione dell'obbligo di accettare il pagamento in forma elettronica se il cliente lo richiede è ormai imminente e pertanto ha dichiarato Causi- il Governo "deve realizzare un'adeguata campagna di comunicazione istituzionale volta a informare i consumatori, nonché istituire rapidamente un tavolo di confronto tra il Governo, le banche e i rappresentanti degli operatori economici e professionali, al fine di ridurre al minimo i costi di utilizzo delle carte di debito a carico di commercianti, artigiani e professionisti". All'interrogazione di Causi ha risposto favorevolmente ieri in Commissione il Sottosegretario Enrico Zanetti. Concordando con le considerazioni del deputato Causi, il rappresentante del Mef ritiene "prioritario svolgere Nes-

suna sanzione. La volontà della parti del contratto d'opera professionale (cliente e professionista) resta ancora il riferimento principale per la individuazione delle forme di pagamento; nessuna sanzione è prevista in caso di rifiuto di accettare il pagamento tramite carta di debito. La conferma è arrivata dallo stesso Zanetti: "Non risulta associata alcuna sanzione a carico dei professionisti che non dovessero predisporre della necessaria strumentazione a garanzia dei pagamenti effettuabili con moneta elettronica", ha puntualizzato. Minimizzare l'incidenza degli oneri- Nel ribadire la necessità di promuovere la diffusione e l'uso dei pagamenti con carte di debito e credito su vasta scala, nonché l'eccessivo costo dell'uso del contante Zanetti ritiene "opportuno che – al fine di massimizzare i vantaggi connessi all'implementazione della tecnologia nei sistemi di pagamento e, nel contempo, minimizzare l'incidenza degli oneri a carico delle imprese, commercianti e professionisti – vengano attivati una serie di tavoli di confronto con le banche e con gli altri operatori di mercato per ridurre i costi legati alla disponibilità e all'utilizzo dei POS, e sfruttare a vantaggio del sistema i margini di efficienza esistenti, ottenendo così una significativa compressione dei costi ed una soluzione che consenta di superare le difficoltà insite nel cambiamento prospettato". Nel confronto internazionale e tra le regioni italiane, ha aggiunto Zanetti- "emerge che tra le principali determinanti del basso utilizzo di strumenti di pagamento elettronici figurano le differenze nel reddito pro capite e nel grado di sviluppo e di diffusione dei punti di accettazione delle carte di pagamento presso le imprese e i liberi professionisti."

Sommario:

Nessuna sanzione per chi non ha il POS	1
Come fare la fattura elettronica	2
Se il massaggiatore non è fisioterapista	2
ECM. Da COGEAPS un call center e una mail al servizio dei professionisti sanitari	3
Al via il check-up delle apparecchiature sanitarie per tutti gli ambulatori	3
L'autonomia professionale del medico in punta di diritto	3
Componenti bioattivi degli alimenti e ipertensione	4
Accreditamento in sanità. Le proposte di FISM, CER GAS e Ministero	5
Fornitori SSN a tutta crescita	6
Decreto Irpef. Taglio 5% ai fornitori	6
Pubblicità sanitaria: la Cassazione "striglia" nuovamente la Commissione	7
E' contro legge assistere pazienti oltre il massimale	7
Innovazione nei dispositivi medici: l'esoscheletro. Il progetto Mindwalker	8-9
Il laser cura anche la presbiopia	10
Degenerazione maculare senile. Effetti collaterali di alcuni farmaci	9
Assistente poltrona effettua prestazioni, sospeso responsabile sanitario	11
Detrazione 19% per le prestazioni di massofisioterapia	11
Riuniti occupati solo a metà	12
Odontoiatria. Arriva la checklist "salvaerrori"	13
Responsabilità bonus e malus	14
Medici come imprese? Fondi UE	14
Esercizio fisico previene disabilità	15
OCSE: spending da bocciare	15
Laboratori a rischio chiusura	16



COME FARE LA FATTURA ELETTRONICA

Divieto di pagamento se non c'è il nuovo supporto - Niente carta anche per la conservazione

Aziende ospedaliere e sanitarie: scatta il conto alla rovescia per la fatturazione elettronica. A distanza di due mesi dall'avvio dell'obbligo di accettazione dei documenti elettronici per alcune amministrazioni centrali (il Ministero della Salute ha bruciato i tempi "conquistando!" la prima fattura elettronica della Pa), il Dipartimento delle Finanze ha emanato la circolare n. 1 del 31 marzo 2014, con la quale viene fornita una serie di importanti chiarimenti operativi.

Il quadro normativo di riferimento. L'opportunità di emettere e conservare le fatture unicamente in formato digitale è stata introdotta nel nostro ordinamento dal decreto del ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 gennaio 2004 e dal Dlgs 52/2004, che ha recepito la Direttiva 2001/115/Ce e ha modificato integralmente l'art. 21 del Dpr n. 633/1972. Una serie di pronunce interpretative da parte dell'Amministrazione finanziaria, a partire dalle fondamentali circolari n. 45/2005 e 36/2006 ha poi contribuito a chiarire i principali motivi di incertezza. L'art. 1, comma 209, della legge

244/2007 ha poi introdotto l'obbligo di emettere, trasmettere, conservare e archiviare le fatture emesse nei confronti delle amministrazioni dello Stato in formato elettronico, nel rispetto del già citato Dlgs 52/2004 e del codice dell'amministrazione digitale (Dlgs 82/2005), da parte di tutti i soggetti, siano essi imprese, professionisti o privati, che intrattengono rapporti con la Pubblica amministrazione.

Per Pubblica amministrazione si intendono le amministrazioni dello Stato, ma anche tutti gli enti inseriti nel conto economico consolidato, individuati periodicamente dall'Istat ai sensi dell'art. 1, comma 3 della legge 196/2009.

Sono stati poi emanati due decreti ministeriali con i quali si è data attuazione alla richiamata normativa. Vale la pena di ricordare, a tale proposito, il decreto 3 aprile 2013, n. 55, che ha definito tutte le regole tecnico-informatiche necessarie al processo elettronico.

L'obbligo di fatturazione elettronica. Le amministrazioni destinatarie hanno il divieto di accettare le fatture in forma cartacea e di procedere al pagamento, anche parziale, sino all'invio del documento in forma elettronica. I fornitori delle amministrazioni pubbliche dovranno invece gestire il proprio ciclo di fatturazione esclusivamente in modali-

tà elettronica, non solo nelle fasi di emissione e trasmissione, ma anche in quella di conservazione.

L'obbligo di fatturazione elettronica si applica dal prossimo 6 giugno per ministeri, Agenzie fiscali ed Enti nazionali di previdenza e di assistenza sociale e dal 6 giugno 2015 per tutte le altre amministrazioni centrali, incluse le aziende sanitarie, le aziende ospedaliere, le università e gli istituti universitari pubblici. Anche per le amministrazioni locali l'obbligo di fatturazione elettronica decorrerà dal 6 giugno 2015.

La circolare fornisce le indicazioni necessarie per il corretto adempimento dell'obbligo di fatturazione elettronica e risponde ai numerosi quesiti delle pubbliche amministrazioni e dei loro fornitori. In particolare, le indicazioni operative riguardano il termine per il caricamento delle anagrafiche degli uffici adibiti alla ricezione delle fatture elettroniche nell'Indice delle Pubbliche amministrazioni (Ipa), l'emissione della fattura elettronica, il divieto di pagamento in assenza di fattura elettronica e il trattamento dei casi in cui risulti impossibile, per ragioni tecniche, il recapito della fattura elettronica all'amministrazione.

Alberto Santi

24 ORE
Sanità

n. 14 del 15 aprile 2014



SE IL MASSAGGIATORE NON È FISIOTERAPISTA

Il massofisioterapista che ha iniziato l'attività prima dell'entrata in vigore del Dm 27 luglio 2000 e non aveva conseguito un corso triennale riconosciuto non può esercitare la professione. È questa la motivazione della sentenza n. 4866/14 depositata il 28 febbraio dalla sezione Lavoro della Cassazione, che conferma una pronuncia con cui la Corte d'appello di Napoli respinse il ricorso di un lavoratore licenziato da parte di un centro fisioterapico perché in possesso solo di un diploma biennale.

Il Dm del 27/7/2000 considerava equipollenti per i fisioterapisti i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla normativa precedente a quella attuativa dell'art. 6, comma 3, del Dlgs 502/1992, che nel caso del massofisioterapista prescriveva di aver conseguito il diploma di un corso triennale di formazione specifica. Secondo il lavoratore, la nuova normativa non può incidere sulle posizioni lavorative preesistenti e il

massofisioterapista con il titolo conseguito dopo un corso biennale deve poter accedere all'equipollenza. Respungendo questa tesi e facendo proprio il precedente del Consiglio di Stato, Sez. 4, n. 5225/07, i giudici hanno affermato che il tenore letterale della norma porta a disattendere un'impostazione secondo cui tutti i diversi titoli preesistenti devono essere riconosciuti come equipollenti ai diplomi universitari di nuova istituzione. Il Consiglio di Stato ha osservato che l'equipollenza può operare in via automatica solo se il relativo diploma è stato conseguito all'esito di un corso già regolamentato a livello nazionale e cioè solo in presenza di moduli formativi la cui uniformità ed equivalenza fosse già stata riconosciuta nel regime pregresso.

Nel caso dei massofisioterapisti, la legge 403/1971, istitutiva di tale professione sanitaria ausiliaria, non detta-

va norme sul relativo percorso formativo, sicché lo stesso è stato disciplinato in modo difforme sul territorio nazionale, con la conseguenza che i titoli rilasciati alla fine dei corsi non potevano in realtà fruire di alcun riconoscimento automatico con piena equipollenza al titolo di fisioterapista acquisito nel vecchio ordinamento sulla base di percorsi didattici i cui contenuti erano stati precisamente normati.

Del tutto irrilevante appare quindi il riferimento al principio dell'irretroattività della legge: scopo della normativa era quello di regolamentare il passaggio dal vecchio al nuovo ordinamento delle professioni, stabilendo criteri e modalità per garantire l'equivalenza dei nuovi titoli professionali a quelli preesistenti e, quindi, omogenei livelli professionali, anche attraverso la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione (v. legge 42/1999, art. 4, comma 2).

24 ORE
Sanità

n. 9 del 11 Marzo 2014



ECM. DAL COGEAPS UN CALL CENTER E UNA MAIL AL SERVIZIO DEI PROFESSIONISTI SANITARI

C'è un nuovo strumento per aiutare i professionisti sanitari a orientarsi nel mondo dell'Ecm.

Dopo l'area "MyEcm" creata nei mesi scorsi dall'Agenas, il Cogeps (il Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie che riunisce le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti della salute che partecipano al programma di Educazione Continua in Medicina) ha ora lanciato un call center e un indirizzo mail per offrire tutta una serie di servizi ai professionisti, a partire dalla possibilità di pro-

grammare, a titolo sperimentale, la propria formazione per il triennio 2014-2016 tramite la costruzione del Dossier formativo individuale.

Il numero da chiamare è lo 06/42749600 (opzione 4), attivo dal lunedì al venerdì (ore 9-16), mentre l'indirizzo e-mail dedicato è ecm@cogeps.it. Attraverso questi strumenti il professionista potrà inoltre verificare la propria posizione riguardo i crediti formativi e porre al Cogeps quesiti sul funzionamento della banca dati del Consorzio o sul sistema Ecm e la corrispondente normativa.



AL VIA CHECK-UP DELLE APPARECCHIATURE SANITARIE PER TUTTI GLI AMBULATORI, PUBBLICI E PRIVATI

E' entrato in vigore il decreto della Salute 22 aprile 2014 sull'istituzione del flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate. Un decreto che prende le mosse dalla necessità di fare il punto sullo stato di salute delle attrezzature sanitarie utilizzate dalle strutture italiane e sui livelli di manutenzione e anche sul loro utilizzo, per vigilanza e controllo sull'utilizzo di tali apparecchiature in tutte le strutture sanitarie per le finalità di tutela della salute pubblica".

In fase di prima applicazione il presente decreto sarà applicato solo a un primo

elenco di grandi apparecchiature sanitarie individuate nel disciplinare tecnico allegato. Elenco che sarà ampliato di volta in volta "in considerazione della rapida evoluzione tecnologica".

L'alimentazione del flusso informativo delle grandi apparecchiature sanitarie dovrà avvenire non oltre il primo mese successivo al trimestre nel quale è stata svolta l'attività di collaudo dell'apparecchiatura. E' comunque possibile effettuare modifiche o integrazioni ai dati trasmessi non oltre il secondo mese successivo al trimestre nel quale ricade la data di collaudo.

[Testo decreto](#) - [Allegato 1](#)



L'AUTONOMIA PROFESSIONALE DEL MEDICO IN PUNTA DI DIRITTO

È comunemente condiviso che al medico appartenga il diritto all'autonomia nell'esercizio della sua attività professionale (sinteticamente definita autonomia - alias libertà - terapeutica, ma che in realtà investe, oltre alla cura, anche i distinti momenti della diagnosi e della prescrizione).

Il senso del riconoscimento di tale autonomia, che è essenzialmente di tipo tecnico-operativo e ha matrice scientifica (e di cui si ravvede il fondamento negli articoli 9, 1° c. e 33, 1° c. Cost., ove si tutelano la promozione della ricerca scientifica e tecnica e la libertà della

scienza, intesa non solo come attività di ricerca, ma anche come applicazione pratica delle conoscenze scientifiche), è che il medico non possa e non debba subire condizionamenti esterni di qualsiasi natura sia nella formulazione della diagnosi che nella scelta e nell'indicazione del trattamento terapeutico più idoneo e appropriato rispetto alle esigenze di tutela della salute del paziente.

Tale autonomia significa libertà della scelta del metodo scientifico più appropriato da seguire per la cura dei pazienti, ma anche libertà di non applicare un

trattamento ritenuto non efficace o addirittura dannoso per la salute. La piena realizzazione dell'autonomia in questione, che configura l'aspetto più qualificante dell'indipendenza professionale del medico, è funzionale alla più efficace realizzazione dell'interesse a rilievo costituzionale che l'ordinamento consegna alla posizione di garanzia del sanitario, ossia la cura della salute (si è potuto anche sostenere in dottrina che proprio nel diritto alla tutela della salute di cui all'art. 32 della Costituzione si radichi la responsabile autonomia del medico).



**REFERENTI
CNA
COORDINAMENTO SANITA':**

PRESIDENTE NAZIONALE

Stocchi Antonio

RESPONSABILE NAZIONALE

D'Andrea Filippo

COORDINATORE SANITA'

Bacherini Massimo

REFERENTE SANITA'

Dondarini Daniele

Tel. 051 2133124

Fax 051 7459532

E-mail:

benessereesanita@cnaemiliaromagna.it

24 ORE

Sanità

n. 14 del 15 aprile 2014



COMPONENTI BIOATTIVI DEGLI ALIMENTI E IPERTENSIONE

Un numero crescente di evidenze epidemiologiche collega l'incidenza di patologie, quali quelle cardio e cerebrovascolari, l'ipertensione, l'obesità, il diabete e il cancro a fattori dietetici. L'organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha stimato che ben 18 milioni di persone sono decedute nell'anno 2010 per problemi cardio- e cerebrovascolari, e questo numero rappresenta il 30% di tutti i decessi nel mondo.

L'ictus conta in Italia circa 200.000 casi ogni anno, di cui l'80% sono nuovi episodi e il 20% recidive, che riguardano soggetti precedentemente colpiti. In Italia l'ictus è la terza (la seconda, stando ad alcune stime) causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie (il 10-12% di tutti i decessi per anno si verifica dopo un ictus) e rappresenta la principale causa d'invalidità.

Nel nostro Paese il numero di soggetti che hanno avuto un ictus e sono sopravvissuti, con esiti più o meno invalidanti, è pari a circa 913.000. Ad 1 anno circa dall'evento acuto, un terzo dei soggetti sopravvissuti ad un ictus – indipendentemente dal fatto che sia ischemico o emorragico – presenta un grado di disabilità elevato, tanto da poterli definire totalmente dipendenti. Il fenomeno è in costante crescita a causa dell'invecchiamento della popolazione. Si stima che l'evoluzione demografica porterà in Italia, se l'incidenza rimanesse costante, ad un aumento dei casi di ictus fino a 207.000 nel 2015.

Il tasso di prevalenza di ictus nella popolazione anziana (età 65-84 anni) italiana è del 6,5%: leggermente più alta negli uomini (7,4%) rispetto alle donne (5,9%). L'incidenza dell'ictus aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo negli ultra ottantacinquenni e il 75% degli ictus colpisce i soggetti di oltre 65 anni. Nel mondo il numero di decessi per ictus è destinato a raddoppiare entro il 2020.

Da qui la necessità di intervenire non solo con le appropriate terapie farmacologiche, ma anche a livello preventivo abbattendo i principali fattori di rischio. E' noto che i principali fattori di rischio associati all'ictus e all'infarto del miocardio sono fra gli altri l'ipertensione, alti livelli di colesterolemia, l'età, l'obesità e il diabete.

Alti livelli di colesterolemia, e soprattutto di colesterolo-LDL, sono importanti

fattori di rischio per le patologie cerebro-vascolari. In quest'ottica segnaliamo un legume poco consumato (se non in alcune Regioni quali la Romagna) quale il lupino, utilizzato soprattutto per l'alimentazione animale, che presenta una frazione proteica ad effetto ipocolesterolemizzante.

L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio per l'ictus. Un corretto stile di vita è in grado di darci una mano a mantenere i valori pressori nella norma: per prima cosa ricordiamoci di praticare con regolarità un'attività fisica di moderata intensità (bastano 30 minuti di cammino a passo svelto al giorno) che aiuta a mantenere la pressione arteriosa a livello favorevole.

Altro importante obiettivo è il mantenimento di un indice di massa corporea (BMI o IMC) compreso tra 18,5 e 24,9 kg/m². Tale valore si calcola dividendo il peso in Kg del soggetto per il quadrato dell'altezza espressa in metri. Per ogni 10 kg persi si ha una riduzione della pressione, sia massima che minima, che varia dai 5 ai 20 mmHg. In altri termini si può considerare una riduzione di 1 mmHg della pressione per ogni kg perso!

L'alimentazione è senza dubbio la principale arma a nostra disposizione. È noto che l'eccesso di sodio alimentare (sotto forma di comune sale da cucina) e l'insufficiente apporto di potassio attraverso il consumo di frutta e verdura sono tra i fattori responsabili dell'elevata prevalenza di ipertensione arteriosa in Italia. La dieta abituale degli Italiani contiene sodio in largo eccesso. Indagini condotte in alcune Regioni indicano livelli di assunzione intorno ai 10 g negli adulti e ai 7,5 g nei bambini (le linee guida suggeriscono un apporto non superiore ai 5 g al giorno!).

Quando parliamo di sodio dobbiamo tenere presente non solo il sodio cosiddetto "discrezionale" (quello che aggiungiamo direttamente nella preparazione, cottura e condimento degli alimenti), ma anche quello "non discrezionale" presente naturalmente negli alimenti o aggiunto a livello industriale durante la preparazione. Il sodio discrezionale rappresenta solo 1/3 di quello totale mentre quello aggiunto nei prodotti trasformati, artigianali, industriali o della ristorazione collettiva rappresenta la restante parte. Occorre pertanto scegliere alimenti freschi, evitando il

più possibile quelli confezionati e inscatolati, e diminuire drasticamente (in alcuni casi addirittura dimezzare) il sale aggiunto discrezionalmente. La saliera dovrebbe sparire dalle nostre tavole! La semplice riduzione del sale discrezionale permette di ridurre la pressione fino a 8 mmHg. La Società Italiana dell'ipertensione Arteriosa raccomanda la cosiddetta dieta DASH (i deterrenti non c'entrano nulla!), acronimo di Dietary Approaches to Stop Hypertension, una particolare strategia alimentare appositamente studiata per la cura dell'ipertensione. I punti cardine di questa dieta comprendono il consumo di pasti ricchi di frutta e verdura, poveri di grassi (soprattutto animali) di sodio e zuccheri semplici.

Negli anni recenti è stato evidenziato come alcuni particolari alimenti contengano principi bioattivi ad azione naturalmente anti-ipertensiva. Questi componenti bioattivi sono peptidi (piccole proteine a corta catena) presenti nei cereali, nella frutta fresca e secca, nei legumi e anche in alcuni alimenti di origine animale quali il latte e derivati. Recenti studi hanno dimostrato infatti che alcuni peptidi contenuti all'interno delle proteine e rilasciati nel corso dei processi di produzione degli alimenti che le contengono, o durante la digestione possono esercitare importanti funzioni biologiche ossia sono *fisiologicamente attivi*.

Questi componenti bioattivi stanno cominciando ad assumere enorme importanza nella prevenzione ed anche trattamento dell'ipertensione. In particolare alcuni peptidi presenti nei cereali (grano, orzo, segale) e nei legumi (soprattutto la soia) evidenziano una chiara attività ACE-inibitrice. L'enzima convertitore dell'angiotensina, o enzima di conversione dell'angiotensina o enzima convertitore l'angiotensina, (ACE acronimo inglese di Angiotensin-converting enzyme), è un enzima localizzato principalmente sull'endotelio dei capillari polmonari e catalizza specialmente l'idrolisi (scissione) del peptide angiotensina I nel peptide angiotensina II, potente vasocostrittore la cui produzione incentiva l'innalzamento pressorio. L'angiotensina II è l'effettore più efficace ad azione ipertensiva del sistema renina-angiotensina-aldosterone, che controlla il volume dei liquidi extracellulari e la vasocostrizione delle arterie. La mancata regolazione dell'enzima



porta ad un alto tenore di vasocostrizione responsabile dell'ipertensione. L'utilizzo di farmaci ACE-inibitori è uno dei rimedi farmacologici nella cura dell'ipertensione.

Ma recentemente si è evidenziato come gli ACE inibitori possano esercitare effetti benefici anche sulle facoltà cognitive. Il cervello possiede un intrinseco sistema renina-angiotensina coinvolto nella memoria e nelle facoltà cognitive, e sebbene i meccanismi non siano ancora noti, la stimolazione di tale sistema è coinvolta nella produzione di molecole (citochine) ad azione neuroinfiammatoria che giocano un ruolo cruciale nello sviluppo delle demenze neurodegenerative. Studi che utilizzavano comuni far-

maci anti-ipertensivi quali il captopril (noto ACE-inibitore) hanno rilevato una attenuazione nei deficit di memoria legati all'età.

L'idea di includere questi peptidi bioattivi come ingredienti nutraceutici negli alimenti è particolarmente attraente in quanto si sono dimostrati sicuri per la salute ed efficaci nel prevenire l'ipertensione. La scoperta di tali effetti ha stimolato la possibilità di introdurre artificialmente tali peptidi anche all'interno di alimenti che ne sono naturalmente privi per trasformarli nei cosiddetti cibi funzionali, ossia alimenti in grado di esercitare una funzione fisiologica, oltre che nutrizionale. Alcuni di questi prodotti "funzionalizzati" sono già presenti sul mercato.

Tuttavia, la maggior parte degli effetti dei peptidi anti-ipertensivi è stato evidenziato in modelli animali (quali i ratti spontaneamente ipertesi) e gli studi clinici sull'uomo sono ancora limitati per poter definire chiaramente l'effetto farmacologico e terapeutico di tali componenti bioattivi nei confronti dell'ipertensione. Resta la regola aurea di seguire un regime alimentare povero di sale e ricco di alimenti di origine vegetale, in altre parole la "Dieta Mediterranea" dalla quale troppe volte ci discostiamo.

Silvana Hrelia

Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita—Università di Bologna



ACCREDITAMENTO IN SANITÀ. LE PROPOSTE DI FISM, CERGAS E MINISTERO PER UN "FORMAT" UNICO A LIVELLO NAZIONALE

Le Società scientifiche in campo per cambiare le regole. Vimercati (Fism): "A noi la definizione e l'aggiornamento di livelli minimi organizzativi, strutturali e professionali". Borgonovi (Cergas): "Quattro concetti chiave: definire, riconoscere, valutare e certificare". Il Ministero ha già pronta una nuova bozza che supera i criteri del 2004.

Le società scientifiche italiane scendono in campo sul tema dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie. Primo obiettivo definire requisiti minimi di accREDITAMENTO per tutto il territorio nazionale, sulla base di criteri che siano territorialmente omogenei e conosciuti in modo capillare da tutti i professionisti.

E' la sfida ambiziosa e allo stesso tempo definita "ineludibile" che ha costituito l'argomento di confronto e dibattito nel corso del **convegno promosso da Ministero della Salute, Fism e Cergas dell'Università Bocconi presso la sede ministeriale di Lungotevere Ripa.**

Le difformità geografiche nell'applicazione dei requisiti minimi e una non completa conoscenza di essi sono elementi che hanno spesso generato conseguenze spiacevoli a più livelli. "Possono infatti verificarsi – ha spiegato **Franco Vimercati**, presidente Federazione delle società medico-scientifiche italiane (Fism) – rischi di intervento dell'autorità giudiziaria, possibili contenziosi da parte dei pazienti, aumento del rischio clinico e invalidità delle coperture assicurative".

E' per queste ragioni che le società scientifiche "hanno il dovere di definire e aggiornare i livelli minimi organizzativi, strutturali e professionali inerenti l'impatto clinico della prestazione sanitaria". Dal punto di vista operativo, Vimercati ha posto l'accento sulla neces-

sità di "creare un format per facilitare un percorso formativo univoco volto alla conoscenza dei requisiti organizzativi, strutturali e professionali, che tengano conto delle specificità di ciascuna area specialistica caratteristica della società scientifica".

Il format sarà sviluppato con il contributo del Cergas per quanto di competenza (livello organizzativo), mentre le linee d'indirizzo clinico saranno in capo alle società scientifiche. "L'accREDITAMENTO – ha auspicato Vimercati – favorirà e garantirà qualità e uniformità del percorso d'implementazione dei requisiti sul territorio nazionale, ridando la centralità, in parte persa, al sistema sanitario nazionale".

In questo contesto una funzione essenziale è rivestita dalle Linee guida che sono richiamate nel D.P.R. 14/1/97, tra i requisiti organizzativi minimi generali delle strutture pubbliche e private. "In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche Specialistiche. Inoltre devono essere predisposte con gli operatori, linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità". E il decreto Balduzzi ha poi richiamato le linee guida quali strumenti idonei a delimitare le responsabilità professionali.

La costruzione di un efficace sistema di accREDITAMENTO in sanità rappresenta un veicolo per raggiungere alcuni obiettivi di enorme rilievo. "Garantisce sicurezza per pazienti e professionisti, assieme all'appropriatezza delle cure – ha evidenziato **Elio Borgonovi**, presidente

Cergas – Permette di perseguire uniformi livelli qualitativi tra diversi ambiti di erogazione dei servizi, consente la mobilità dei professionisti, favorisce proficui confronti tra costi e benefici e previene comportamenti di medicina difensiva". Il processo di accREDITAMENTO deve, però, passare necessariamente per l'adozione di quattro concetti chiave: definire, riconoscere, valutare e certificare. Concetti che vanno poi messi in connessione con le effettive conoscenze e capacità dei professionisti, con l'idoneità delle strutture e con la funzionalità dell'organizzazione. Bisogna, in ogni caso, "che per ogni specialità, ambito e setting assistenziale siano individuati standard specifici".

Sul fronte istituzionale **Giovanni Leonardi**, Direttore generale professioni e risorse umane del Ministero della Salute, ha spiegato che "per quanto concerne l'accREDITAMENTO abbiamo preparato una prima bozza che aggiorna le linee del 2004 ancora allo studio del Ministero, in quanto va ulteriormente definita in alcuni aspetti. Non basta, infatti, limitarsi all'elaborazione dei criteri, poiché si rischierebbe di partorire un sistema senza anima. Bisogna, invece, costruire una struttura credibile tramite l'individuazione di precisi aspetti qualitativi. Si tratta quindi di una procedura complicata e laboriosa".

E sul tema della responsabilità Leonardi ha osservato che "è fondamentale tutelare la serenità del professionista, poiché molte volte i danni non sono ascrivibili esclusivamente a malpractice. E senza un adeguato livello di servizi non si tutela realmente la salute e si rischia di allontanare i giovani dalla professione".



FORNITORI SSN A TUTTA CRESCITA

24 ORE
Sanità

n. 20 del 27 maggio 2014

Fatturati in crescita per il 74,6% delle imprese - Sofferenza pagamenti

Servizi e prodotti per la sanità a gonfiavele nei primi mesi del 2014, ma resta inesorabile il "buco nero" dei ritardi di pagamento a oscurare ottimismo ed entusiasmo delle imprese di settore. Il termometro degli umori delle aziende della salute in una ricerca condotta da Grs Ricerca e Strategia. Dallo studio - realizzato tra marzo e aprile su 5.800 contatti con imprese produttrici di dispositivi medici, apparecchiature e prodotti diagnostici, engineering ospedaliero, servizi, informatica sanitaria e telemedicina, prodotti per l'handicap, l'ortopedia e la riabilitazione - emerge una vena d'ottimismo sull'andamento aziendale attuale fondato anche sui dati di chiusura 2013: il 74,6% delle imprese interpellate, infatti, ha registrato crescita o stabilità del fatturato rispetto al 2010 e ha mantenuto inalterato il numero dei propri dipendenti mentre il 28,1% ha registrato un aumento degli organici.

Nove imprenditori su dieci contano di replicare la performance anche nel 2014: solo il 9,8% a temere una chiusura negativa e solo l'8,3% che teme di

dover ridurre il numero di addetti. La fiducia nelle proprie performance si traduce in progetti di ricerca e sviluppo, con budget che vanno dall'1% al 15% dei fatturati, per il 65,8% delle imprese e un 15% di aziende che prevede quote superiori al 16 per cento in vista di una ulteriore crescita del settore nel prossimo triennio. Per il triennio 2014-2016, infatti, solo il 12,8% si aspetta una contrazione del mercato contro un 52% apertamente convinto della sua crescita e un 35,2% che non crede ci saranno grosse variazioni.

Dal profilo tracciato dall'indagine emerge anche il grado di internazionalizzazione delle imprese del settore: il 51,2% dichiara non esportare all'estero, contro un 48,8% che esporta i propri prodotti e servizi e un 20,3% che ricava dalle esportazioni oltre il 26% del fatturato.

Il Ssn rimane comunque l'interlocutore di riferimento per le aziende del comparto: in particolare il 25% delle imprese genera più del 50% del proprio fatturato

vendendo servizi e prodotti alla sanità pubblica, mentre il 32,5% concentra più del 50% del fatturato nel settore del commercio e della distribuzione. E per questo motivo che i tempi di pagamento restano il tasto dolente in un panorama altrimenti sufficientemente roseo. I tempi di incasso medi, nella sanità pubblica, toccano i 90 giorni (15,4% delle imprese), ma c'è un 34,1% di fornitori che attende fino a 150 e ben il 47,3% delle aziende che aspetta ancora di più per passare all'incasso.

S.Tod.



DECRETO IRPEF. TAGLIO 5% AI FORNITORI. PER I TECNICI DEL SENATO POSSIBILE AUMENTO CONTENZIOSO E SERVIZI A RISCHIO

Nella nota di lettura del decreto, il servizio Bilancio del Senato ha messo in discussione la revisione dei contratti già in essere, chiedendo "rassicurazioni sul piano giuridico". Sarebbe alto, infatti, il rischio di un aumento di contenzioso così come le possibili "interruzione di servizi pubblici" in caso di recesso da parte dei fornitori.

"Al fine di realizzare l'obiettivo di riduzione della spesa per beni e servizi, le amministrazioni pubbliche sono autorizzate a ridurre gli importi dei contratti in essere, aventi ad oggetto acquisto o fornitura di beni e servizi, nella misura del 5% del predetto importo per tutta la durata dei contratti, con facoltà di rinegoziare le prestazioni contrattuali. Questo uno dei passaggi del decreto-legge n. 66 del 24 aprile 2014, recante misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale, contestati dal servizio Bilancio

del Senato. In una nota di lettura del decreto, i tecnici di Palazzo Madama hanno sollevato dubbi circa gli effetti di risparmio, già stimati, per il 2014 e dal 2015, a correzione dei tendenziali di finanza pubblica.

"Andrebbero acquisite rassicurazioni in merito alla loro piena sostenibilità, sul piano squisitamente giuridico", scrive il servizio Bilancio del Senato, visto che, di fatto, si parla di una riduzione del 5% di contratti già in essere, regolarmente stipulati dalle Amministrazioni "iure privatorum con terzi". Un dettaglio non da poco che, come sottolineano nella relazione gli stessi tecnici, "sembrerebbe perlomeno suscettibile di innescare meccanismi di contenzioso, con gli affidatari da cui potrebbero derivare nuovi o maggiori oneri di spesa per le PA e non la neutralizzazione di parte dei risparmi attesi".

Circa poi la prevista possibilità di recesso da parte del fornitore rispetto agli obblighi contrattuali convenuti, entro 30 giorni dalla comunicazione della "volontà" dell'amministrazione di procedere alla riduzione dell'importo del corrispettivo, "si prefigurano i rischi di malfunzionamento o interruzione di servizi pubblici". E anche se la norma prevede che per i nuovi affidamenti si possa accedere alle convenzioni-quadro Consip a centrali di committenza regionale, oltre che all'affidamento diretto, "potrebbe accadere - si legge nella nota - che non vi sia immediata disponibilità presso Consip o presso la centrale regionale del bene o servizio che si deve sostituire".

QuotidianoSanità 2/5/2014



PUBBLICITA' SANITARIA: LA CASSAZIONE "STRIGLIA" NUOVAMENTE LA COMMISSIONE CENTRALE

Chi si occupa di pubblicità sanitaria non può non ricordare la "famosa" sentenza del Direttore Sanitario di Vitaldent sospeso per 6 mesi dall'Ordine di La Spezia. Fu il primo caso di assunzione di una sanzione così "pesante" per una questione di pubblicità in ambito sanitario. Oggi è, per la seconda volta, la Cassazione è intervenuta su questo caso con un'altra decisione destina a far parlare: sentenza 11 marzo 2014 n. 8646 Partiamo dall'inizio.

2009 - Il direttore sanitario della struttura Vitaldent di Genova viene condannato alla sanzione della sospensione di n. 6 mesi dall'esercizio professionale dalla CAO di La Spezia (ove era iscritto) con decisione 1 settembre 2009. Motivo della decisione l'utilizzo nel messaggio pubblicitario del claims "prima visita gratuita, diagnosi, radiografia e preventivi gratuiti" nonché l'uso del termine "estetica".

La decisione viene impugnata davanti alla Commissione Centrale Esercenti Professioni Sanitarie - CEPPS 2010 - La CCEPS con decisione 10 maggio 2010 n. 20 riduce la pena a n. 5 mesi, ma fonda tale decisione su un argomento diverso: la non applicabilità della liberalizzazione della legge 248/2006 (meglio noto come Decreto Bersani) alle società, cui si continuerebbe ad applicare la legge 175/92.

La decisione viene impugnata in Cassazione.

2012 - la Cassazione emette la famosa sentenza n. 3717 con cui statuisce che la legge 248/2006 si applica a tutti gli operatori in sanità (anche le società), rinviando quindi in Commissione Centrale per l'assunzione di una nuova decisione che tenga conto del principio sancito dalla Cassazione stessa (vale a dire applichi la legge 248/2006 alla pubblicità oggetto di contestazione. 2013 - la CEPPS con decisione 15 gennaio 2013, dopo aver dato atto di assumere la decisione applicando i criteri del Decreto Bersani, confermava i 5 mesi di sospensione motivando (stavolta) nel seguente modo: "....dal tenore della citata disposizione [art. 2 legge 248/2006 n.d.r.] si evince che resta attribuita agli Ordini e Collegi professionali la piena competenza a verificare se la pubblicità è trasparente e veritiera; nel caso di specie l'Ordine di La Spezia, nella sua decisione del 1 settembre 2009 ha effettivamente svolto tale verifica ritenendo le sopra menzionate espressioni non conformi ai dettami delle norme deontologiche..." In sostanza la CEPPS dice: l'Ordine di La Spezia ha effettivamente verificato che la pubblicità era ingannevole e quindi confermò la sanzione, limitando la pena.

Di nuovo la decisione viene impugnata in Cassazione. E così si arriva alla sentenza di oggi 2014 - La cassazione emette la sentenza 11 marzo 2014 n. 8646 con cui, di nuovo, rigetta la decisione della CEPPS.

La contestazione sollevata questa volta dal ricorrente era la mancata verifica, in concreto, della veridicità o meno della pubblicità da parte della CEPPS. E la suprema Corte - sulla scia della recentissima Cass 870/204 (stessa Sezione, la 2°) - afferma che:

"E' sufficiente ricordare che la Commissione Centrale avrebbe dovuto giudicare se la pubblicità posta in essere dalle due società delle quale il dott... era direttore sanitario, fosse o meno conforme e veridicità e correttezza sulla base del codice deontologico.

La decisione della CEPPS impugnata avrebbe dovuto effettuare una verifica autonoma, mentre si è limitata ad affermare che la verifica richiesta era stata già effettuata dall'Ordine di La Spezia, nella sua decisione del 1 settembre 2009, senza neppure riportare le motivazioni dell'ordine professionale, che riteneva di condividere e senza individuare quali fossero le norme deontologiche che il dott.... aveva violato..."

In sostanza, secondo la Cassazione, la CEPPS è chiamata a "spiegare" perché ritiene che una pubblicità debba considerarsi ingannevole, indicando anche (come qualsiasi giudice di secondo grado) in quali parti aderisce alle motivazioni di primo grado ed in quali parti invece si discosta, nonché chiarendo quali sono le norme deontologiche e/o legislative che si ritengono violate.

Studio Stefanelli - 13/3/2014



È CONTRO LEGGE ASSISTERE PAZIENTI OLTRE IL MASSIMALE

Il medico di base, che assume in carico un numero di assistiti in misura eccedente il massimale stabilito nell'Accordo collettivo nazionale, non ha diritto al risarcimento dei danni per i compensi non percepiti, in quanto si tratta di una pretesa fondata su una condotta contraria alla legge.

In mancanza di autorizzazione a superare tale limite, non ha rilievo l'eventuale violazione da parte della Asl dell'obbligo di trasmettere il tabulato periodico dei nominativi degli assistiti in carico al sanitario convenzionato, ponendosi i due adempimenti in rapporto di reciproca autonomia, tale da escludere che la condotta dell'amministrazione integri

una causa di giustificazione per il medico che ometta di ricusare quelli in eccesso rispetto al massimale, dovendo quest'ultimo sapere quanti e quali ne abbia in carico.

La Corte di cassazione civile non ha accolto la richiesta del sanitario di condanna dell'Azienda per "arricchimento senza causa", poiché non è stato provato il necessario presupposto della diminuzione patrimoniale, non potendo presumersi alcuna perdita sulla sola base del numero di pazienti eccedenti il massimale, che non necessariamente si sono giovati delle cure mediche.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net



L'APPROFONDIMENTO



INNOVAZIONE NEI DISPOSITIVI MEDICI: L'ESOSCHELETRO OVVERO

Attualmente circa 60 milioni di persone nel mondo (3 milioni di americani, 5 milioni di europei), cioè l'1% della popolazione mondiale, devono avvalersi di una sedia a rotelle per muoversi. Tra gli ausili che offrono oggi un'alternativa di mobilità ai soggetti con deficit motori, gli esoscheletri sembrano essere lo strumento più adatto per vincere una solenne scommessa: "Arrivederci sedia a rotelle?".

L'esoscheletro è un apparecchio meccatronico sviluppato in ambito militare, che se "indossato" da un soggetto (figura 1), ne supporta la struttura dorsale (se non l'intero apparato muscolo scheletrico) per consentirgli di potenziare le proprie capacità fisiche: forza, agilità, velocità, potenza, ecc. L'apparecchio permette di trasportare (ad esempio, attraverso zaini) e/o sollevare (nei modelli dotati di braccia meccatroniche) pesi fino a circa 100 kg. La maggior parte degli esoscheletri sono costituiti solo da gambe meccatroniche e da un'imbracatura superiore con uno zaino contenente i dispositivi necessari al funzionamento di questa ortesi (i motori elettrici alimentati a batteria che comandano gli attuatori delle articolazioni delle anche e delle ginocchia e il sistema computerizzato che comanda gli attuatori).

L'autonomia dell'apparecchio è di circa qualche decina di chilometri per una velocità di qualche km/h. Il movimento dell'esoscheletro è basato su rilevatori di impulsi elettrici che registrano i segnali neurali o neuromuscolari del soggetto che lo indossa (ad esempio, attraverso sensori di forza collocati in alcuni punti della superficie del corpo del soggetto) e che li trasmettono ai dispositivi automatici (attuatori) in grado di muovere le parti meccaniche dell'esoscheletro. Gli esoscheletri oggi sono usati sia in ambito militare e civile (ad esempio, nel settore delle costruzioni), che in ambito medico (ad esempio, per le persone con problemi di mobilità).

In ambito medico l'utilizzo è oggi ancora sperimentale e limitato ad alcuni centri di riabilitazione e non si prevede ancora l'utilizzo in casa.

Gli esoscheletri utilizzati in ambito medico sono stati progettati soprattutto per i soggetti che utilizzano la sedia a rotelle, per permettere loro di "camminare" (figura 2).



Figura 1

Gli esoscheletri offrono oggi anche un decisivo supporto nello sport: è recente la notizia dell'utilizzo di un esoscheletro nella maratona da parte dell'atleta britannica Claire Lomas (www.dailymail.co.uk/news/article-2141302/Claire-Lomas-Paralysed-woman-completes-London-Marathon-bionic-suit.html), che ha anche parteci-

pato alle recenti Paralimpiadi di Londra 2012 (www.dailymail.co.uk/sport/article-2192961/London-2012-Paralymics-Claire-Lomas-lights-cauldron.html).

La maggior parte degli esoscheletri oggi esistenti utilizzati in ambito medico sono ancora in fase sperimentale e solo tre esoscheletri sono attualmente sul mercato: REX (www.rexbionics.com), ReWalk (www.argomedtec.com), HAL (www.cyberdyne.jp/english). Essi sono costituiti da una struttura di gambe robotiche controllate manualmente o da un microcontrollore; la struttura permette al soggetto di alzarsi, stare in piedi, camminare, girarsi, sedersi e anche di salire e scendere scale e rampe, con o senza l'uso di stampelle. Solo uno dei modelli utilizzati è provvisto anche di braccia robotiche.

Il Dipartimento TESA partecipa al progetto europeo MindWalker

Lo scopo del progetto europeo "Mind controlled orthosis and VR training environment for walk empowering" (Mindwalker) (<https://mindwalkerproject.eu/>), coordinato da Michel Ilzkovitz della Space Applications Services (Belgio), è di realizzare un siste-

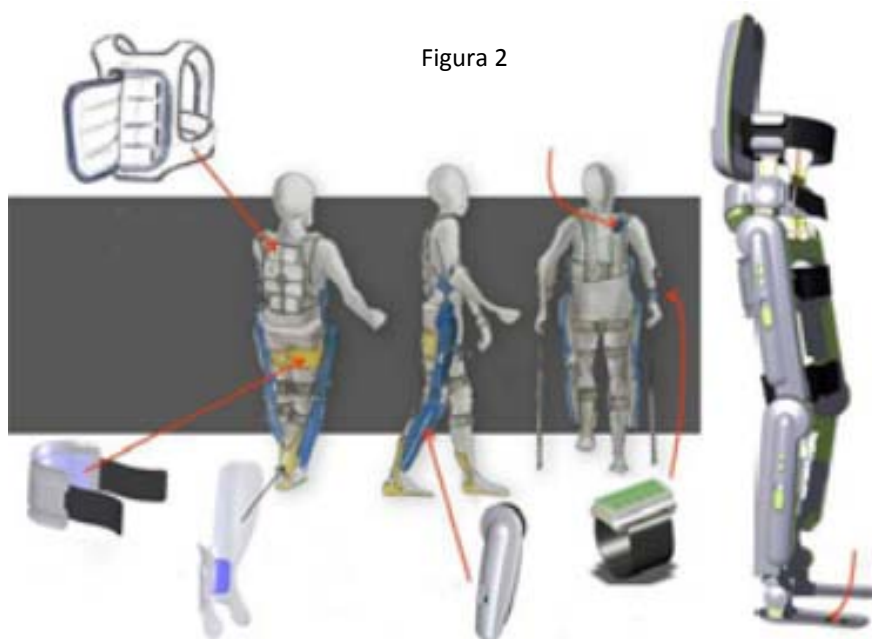


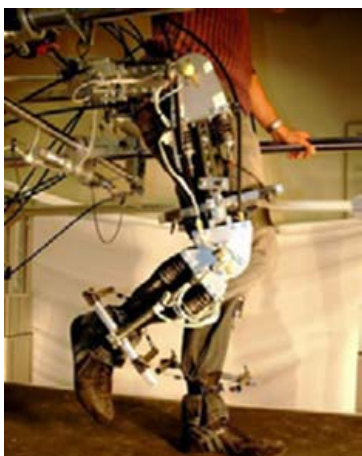
Figura 2

SEGUE L'APPROFONDIMENTO

ARRIVEDERCI SEDIA A ROTELLE? IL PROGETTO MINDWALKER

ma basato su esoscheletro "controllato dalla mente", che permetta ai soggetti con handicap di avere capacità deambulanti tali che detti soggetti possano effettuare le loro attività quotidiane usuali in modo più autonomo e naturale possibile.

Il sistema finale Mindwalker che si realizzerà sarà un sistema integrato costituito da tre componenti principali: una Brain Computer Interface (BCI), un ambiente di addestramento di realtà virtuale (Virtual Reality, VR), un esoscheletro di gambe robotiche, che sarà controllato dalla BCI e dalla volontà del soggetto che lo indossa.



In figura 3 è rappresentato l'esoscheletro - una ortosi robotica di arti inferiori - che era già stata precedentemente sviluppata con il nome di LOPEs. Il processo di valutazione clinica del sistema realizzato sarà effettuato presso la Fondazione Santa Lucia di Roma, istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nel campo della riabilitazione e delle neuroscienze, che testerà il sistema su pazienti con lesioni del midollo spinale.

Brain Computer Interface

La BCI (figura 4a) permetterà al soggetto di controllare il movimento dell'esoscheletro con la sua mente: basterà che il soggetto "immagini" il movimento e i segnali cerebrali registrati saranno utilizzati per ricreare il movimento immaginato. Per l'acquisizione dei segnali elettroencefalografici si uti-

lizzerà un caschetto portatile leggero di elettrodi superficiali innovativi a secco per elettroencefalografia (EEG), che potrà essere utilizzato giornalmente. Il metodo principale della tecnologia BCI utilizzato nel progetto si basa sull'utilizzo di una rete neurale dinamica ricorrente (Dynamic Recurrent Neural Network, DRNN), come strumento di apprendimento dei movimenti del soggetto. La BCI sarà collegata all'ambiente di realtà virtuale in cui si addestrerà il soggetto a "immaginare" il suo camminamento, prima di indossare l'esoscheletro.

Realtà virtuale

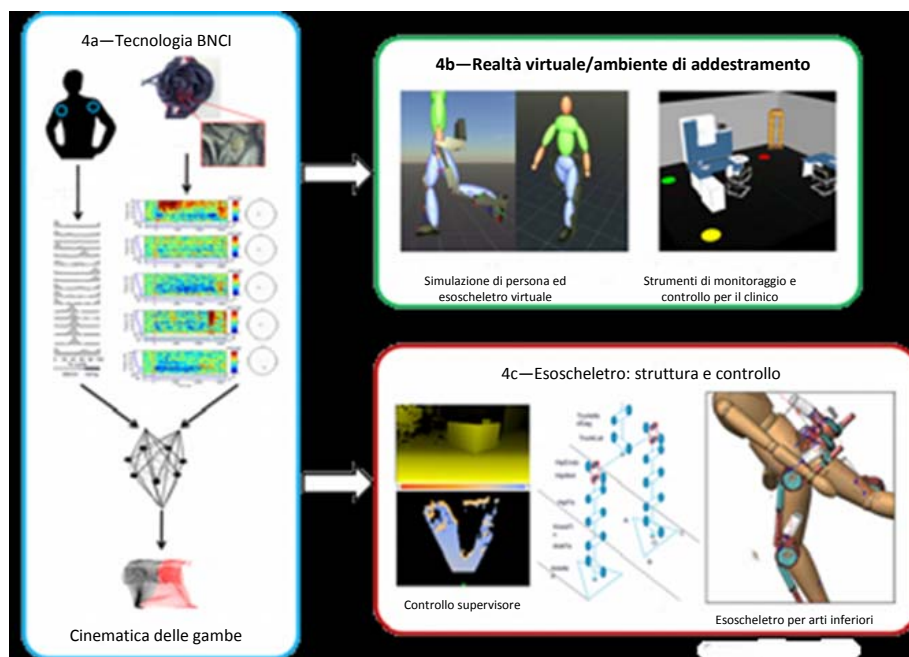
L'ambiente di addestramento di realtà virtuale (figura 4b) servirà per aiutare i pazienti a generare segnali EEG di controllo validi e utilizzare correttamente l'ortesi. L'ambiente di addestramento di VR conterrà sia un insieme di componenti per l'addestramento progressivo del paziente in un ambiente medico controllato e sicuro, sia un sistema leggero portatile di soluzioni immersive di VR per l'autoaddestramento del paziente a casa.

Esoscheletro

La struttura dell'esoscheletro è tale da sostenere il peso di un adulto e assicu-

rare la stabilità dinamica del sistema combinato corpo-esoscheletro e permetterà differenti modalità di deambulazione. Il controllo dell'esoscheletro avverrà da parte del soggetto che lo indossa, tramite l'interfaccia BCI. La struttura e il controllo dell'esoscheletro sono rappresentati in figura 4c. Il sistema finale sarà testato progressivamente negli ambienti e nelle situazioni di vita di tutti i giorni, varianti dalle semplici attività a casa fino alle attività di shopping e di interazione con la gente in strada. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), grazie alle competenze di valutazione dei dispositivi medici (DM), interviene nel processo di preparazione alla valutazione clinica - che si effettuerà nella Fondazione Santa Lucia di Roma - del sistema complessivo MindWalker su soggetti sani e su soggetti con danni alla colonna vertebrale. Prima di sottoporre i protocolli sperimentali all'approvazione del Comitato Etico della Fondazione Santa Lucia, l'ISS fornirà il suo supporto tecnico per l'analisi dei rischi del sistema complessivo integrato MindWalker.

*Dipartimento di Tecnologie e Salute ISS
IRCCS, Fondazione Santa Lucia, Roma*





OCULISTICA, IL LASER CURA ANCHE LA PRESBIOPIA

24 ORE
Sanità

n. 20 del 27 maggio 2014

La chirurgia dei difetti di vista rappresenta il settore dell'oculistica dove l'utilizzo di laser, sempre più accurati nei risultati e sicuri per il paziente, ha subito uno sviluppo impressionante; questa fine chirurgia si avvale di diverse tecniche e modalità di impiego di laser che valuta il chirurgo oculista a seconda dei casi che si trova a trattare.

Il laser viene usato in oculistica per diversi trattamenti, medici e chirurgici, ma sicuramente la sua applicazione più interessante resta la cura dei difetti di vista. E a proposito di questo tipo di chirurgia si aprono due grandi capitoli, quello della chirurgia sulla cornea e quello della chirurgia sul cristallino, perché oggi, con entrambe le modalità, siamo in grado di eliminare i difetti di vista.

La cura dei difetti di vista (miopia, ipermetropia, astigmatismo e ora anche presbiopia) viene eseguita da più di 20 anni con il laser a eccimeri. Questo laser agisce sulla superficie della cornea (tecnica Prk o Lasek) modificandone in pratica, con pochi secondi di trattamento, la curvatura; è come, cioè, se io andassi a costruire sulla cornea del paziente una lente a contatto "permanente" del potere desiderato, con un veloce intervento ambulatoriale effettuato in anestesia con gocce. Dopo 2-3 giorni di modesti fastidi il paziente sarà libero da occhiali.

Il laser a eccimeri va, invece, nella tecnica Lasik, ad agire nello spessore corneale, ovvero il chirurgo effettua il trattamento dopo aver alzato una lamella corneale superficiale; in quest'ultima

tecnica lo "sportello" o lamella corneale che prima si creava grazie a una micro-lama, viene oggi effettuato da un altro laser, il laser a femtosecondi. Questa rivoluzionaria tecnica viene chiamata iLASIK. Una innovativa e sicura chirurgia, che consente il trattamento anche della presbiopia e un recupero immediato, senza fastidi grazie al fatto che l'azione del laser avviene nella cornea più in profondità, senza quindi creare nessuna fastidiosa "abrasione" superficiale.

Il laser a femtosecondi rappresenta una vera rivoluzione in oculistica in quanto funziona creando dei tagli su tessuti oculari con massima precisione e senza toccare l'occhio, e sostituisce quindi il vecchio "bisturi" in chirurgia oculistica. Questo laser crea delle microbolle nel tessuto su cui viene focalizzato, separandone le lamelle e creando un piano di taglio accuratissimo. Oggi viene usato anche nei trapianti di cornea per la cura del cheratocono o di malattie degenerative corneali, dove sostituisce il "vecchio bisturi" nella fase chirurgica del taglio corneale, e nella chirurgia della cataratta con la nuovissima "femto-cataratta". Chirurgia della cataratta vuol dire asportazione del cristallino (lente trasparente presente nell'occhio di ognuno di noi che negli anni si "ingiallisce" creando una visione appannata) e sostituzione con un cristallino artificiale graduato. Questa chirurgia negli ultimi anni è diventata sempre più "refrattiva", cioè usata con lo scopo di curare difetti di vista (grazie all'uso appunto dei cristallini graduati) presenti in pazienti in genere con più di 45/50 anni, cioè già in età

di presbiopia (fisiologico calo della vista per vicino) o comunque con grossi difetti di vista altrimenti non eliminabili dal laser a eccimeri. Questo perché tali cristallini possono correggere qualsiasi difetto da lontano pre-esistente nell'occhio (miopia, ipermetropia e astigmatismo) e anche la presbiopia (nella loro versione multifocale o bifocale), e quindi il loro impianto consente al paziente di vedere da lontano e da vicino senza più occhiali.

L'aspetto interessante è proprio questo, ovvero la possibilità di cura dei difetti visivi da lontano in associazione alla correzione della presbiopia; in sintesi un paziente in età di presbiopia, in genere dopo i 45 anni, che si trovi ad affrontare la chirurgia del suo difetto di vista con laser a eccimeri (sempre che possa trattarlo con laser, ovvero che non sia un difetto troppo elevato e che vi sia lo spessore corneale adeguato per quel trattamento), dovrà mettere in preventivo il fatto che vedrà bene da lontano, ma che gli resterà la presbiopia, quindi occhiali per lettura; mentre nello stesso paziente, la cura del suo difetto visivo con la sostituzione del cristallino e contemporaneo impianto di lente multifocale, consentirà al paziente stesso di essere completamente libero da lenti.

Luca Iacobelli docente universitario
Primario di Oculistica e oftalmologia
Ini, Istituto Neurotraumatologico italiano



DEGENERAZIONE MACULARE SENILE. ALCUNI FARMACI HANNO PIÙ EFFETTI COLLATERALI DI QUANTI SI PENSI

Una valutazione reale dei rischi di complicitanze sistemiche attraverso gli studi è difficile e quindi utili potrebbero essere valutazioni di altro tipo. Per esempio analizzando i ricoveri, gli accessi ai pronto soccorsi, o le certificazioni di morte così come si fa per i registri dei tumori. Lo spiegano Giovanni Staurenghi, professore Ordinario di Oftalmologia, e Mario Cigada, Oftalmologo, in un articolo pubblicato sul sito web di Aifa.

Non sempre la rilevazione degli effetti collaterali dei farmaci (farmacovigilanza) risulta di facile esecuzione. Negli ultimi anni in oculistica

sono stati introdotti farmaci biologici (anticorpi monoclonali) per il trattamento di una serie di patologie retiniche quali la forma neovascolare della degenerazione maculare senile e della miopia patologica, o l'edema maculare secondario a retinopatia diabetica o ad occlusioni vascolari retiniche.

È indubbio che tali farmaci abbiano dato un contributo enorme nel trattamento di queste patologie. Ne è un esempio la riduzione della cecità legale soprattutto causata dalla degenerazione maculare senile, dopo la loro introduzione come dimostrato da valutazioni eseguite in Danimarca, in Israele e negli Stati Uniti

d'America.

Tuttavia gli studi clinici di questi farmaci per la degenerazione maculare senile sia di registrazione (MARINA, ANCHOR, VIEW 1 e 2) che indipendenti (CATT, IVAN, VIBERA, MANTA, BRAMD, LUCAS, GEFAL, AXL), hanno dimostrato la presenza di effetti collaterali sistemici a cui il medico oculista non era abituato. Questo peraltro conferma quanto già scaturito dagli studi della stessa classe di anticorpi monoclonali utilizzati in oncologia e dimostra il fatto che anche se iniettati nell'occhio vi è un'esposizione sistemica all'anticorpo.



Eventi tromboembolici cardiaci o cerebrali, perforazioni gastrointestinali, ipertensione arteriosa sono i principali effetti collaterali descritti. Il numero non è certamente elevato ma proprio per questo i singoli studi clinici non sono dimensionati per verificare la vera incidenza.

La difficoltà di valutazione si accentua con la pratica clinica. Infatti, mentre i pazienti seguiti negli studi clinici sono monitorati per tutta la durata (almeno due anni) anche nel caso di uscita dallo studio, questo non è facilmente replicabile nella pratica clinica per una serie di ragioni che di seguito sono elencate:

- il medico oculista non è abituato a pensare ad effetti collaterali con i propri farmaci. Pertanto se il paziente non si presenta alla visita il fatto viene attribuito alla rinuncia a tali terapie o alla difficoltà da parte dei parenti di accompagnarlo;

- il paziente non pensa che le terapie intraoculari possano creare problemi sistemici. Pertanto o non riferisce all'oculista alcune complicanze o non comunica al medico di medicina generale, all'internista, al cardiologo, al neurologo o al gastroenterologo o al personale dei pronti soccorsi o delle stroke unit, le terapie oculari effettuate;

- gli stessi specialisti non sono a conoscenza che terapie oculari possono creare effetti avversi sistemici;

- le complicanze non è detto che avvengano a distanza di poche ore o giorni dalle iniezioni ma possono avvenire a distanza di mesi anche per l'accumulo che le continue somministrazioni comportano;

- bisogna poi ricordare che i pazienti con degenerazione maculare senile sono anziani "fragili" che presentano al di sotto dei 75 anni di età un rischio 5 volte superiore per mortalità cardiovascolare e 10 volte superiore per emorragie cerebrali rispetto ai pari età.

Da tutto ciò si capisce come una valutazione reale dei rischi di complicanze sistemiche sia difficile e che quindi utili potrebbero essere valutazioni di altro tipo, per esempio analizzando i ricoveri, gli accessi ai pronti soccorsi, o le certificazioni di morte così come si fa per i registri dei tumori.

Fonte: Editoriali Aifa 15 aprile 2014-04-18

Giovanni Staurenghi

Professore Ordinario di Oftalmologia, Università degli Studi di Milano

Mario Cigada
Oftalmologo



ASSISTENTE POLTRONA EFFETTUA PRESTAZIONI, SOSPESO RESPONSABILE SANITARIO

Il fatto

Nel corso di una azione ispettiva presso uno studio odontoiatrico, l'assistente alla poltrona era stata colta nell'atto di effettuare prestazioni odontoiatriche consistenti nella ricementazione di un "ponte inferiore" staccatosi e nella rimozione di un punto di sutura.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri competente aveva irrogato la sanzione disciplinare della sospensione dall'esercizio della professione per tre mesi, per avere il professionista, in qualità di responsabile sanitario, ommesso di vigilare sull'attività odontoiatrica.

Il provvedimento disciplinare veniva confermato dalla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie; da qui il ricorso dinanzi alla Suprema Corte.

Profili giuridici

La Cassazione ha affermato la coerenza del percorso argomentativo del provvedimento impugnato, che ha ravvisato nella condotta del sanitario un comportamento negligente, consistito nella omissione di ogni cautela idonea ad evitare che prestazioni a lui riservate fossero svolte da suoi collaboratori, a ciò non abilitati.

Sarebbe stato onere dell'odontoiatra porre in essere quegli accorgimenti che la sua non continua presenza presso lo studio rendeva necessari per garantire che il personale operante presso la struttura non perpetrasse condotte abusive. In tale quadro, tra le prime misure da assumere vi era proprio quella di impedire interventi abusivi sui pazienti in assenza del sanitario.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net



DETRAZIONE 19 PERCENTO PER SPESE MEDICHE: PRESTAZIONI DI MASSOFISIOTERAPIA

Indicazioni fornite dall'Agenzia delle Entrate (R.M. n. 96 del 17/10/2012) ai fini IVA

Domanda:

Le spese sostenute per cicli di massofisioterapia sono detraibili ai fini Irpef tra le spese sanitarie?

Risposta:

Le spese sostenute dal contribuente per cicli di massofisioterapista sono detraibili.

Cambia, tuttavia, la documentazione richiesta a supporto della detrazione di tale spesa, essendo necessario distinguere il momento del conseguimento del titolo da parte della figura professionale del massofisioterapista:

- se il massofisioterapista ha conseguito il **diploma con formazione triennale entro il 17/3/1999**, la prestazione può essere portata in detrazione in dichiarazione dei redditi previa presentazione della ricevuta fiscale/fattura da lui rilasciata (in esenzione IVA – art. 10 n. 18) o del ticket se la prestazione resa nell'ambito del SSN. In tal caso, il titolo conseguito dal massofisioterapista è

equiparato in tutto al titolo universitario abilitante la professione sanitaria del fisioterapista e, perciò non è necessaria la prescrizione medica;

- diversamente, se il massofisioterapista ha conseguito il titolo abilitativo successivamente alla data del **17/3/1999**, oltre al documento fiscale (**NON in esenzione IVA**) è necessaria la prescrizione medica. In tal caso, infatti, il titolo conseguito al termine del corso di durata biennale o triennale, non è equiparato a quello del fisioterapista.

Pertanto, ai fini della detrazione Irpef 19%, non cambia la natura delle prestazioni "sanitarie" del massofisioterapista, che restano invariate indipendentemente da quando ha conseguito l'abilitazione professionale; la data del 17/3/1999 muta quella che è l'equiparazione o meno alla figura del fisioterapista. E, di conseguenza, la necessità o meno di supportare il documento fiscale con la prescrizione medica.



RIUNITI OCCUPATI SOLO A METÀ

Sanità

n. 19 del 20 maggio 2014

Pazienti in calo: il 44% dei dentisti lavora meno

I portafogli sempre più leggeri delle famiglie ma anche la scelta, quando possibile, di orientare altrove i consumi, mandano in crisi i "riuniti" dei dentisti. È questa la realtà, evidenziata peraltro negli ultimi due anni, che caratterizza gli studi odontoiatrici italiani.

Secondo gli ultimi dati, sei milioni e trecentomila italiani rinunciano a prestazioni odontoiatriche per ragioni economiche e rispetto al periodo precedente alla crisi si registrano oltre un milione di visite in meno a pagamento in un anno. Quasi la metà dei dentisti (il 44%), come evidenziato da un'indagine congiunturale 2014 per il Servizio studi Andi, è occupato per meno del tempo di lavoro a disposizione e, tra questi, il 95% indica come motivo il calo di pazienti o comunque una clientela insufficiente.

Oltre alla crisi economica, come ha sottolineato Stefano Micelli, docente di Economia aziendale all'Università Cà Foscari di Venezia, «è intervenuta anche una mutazione delle scelte dei consumi che influisce sulla riduzione degli accessi alle cure odontoiatriche. In sostanza - evidenzia l'esperto - si preferisce investire il proprio denaro in alcuni beni e servizi, come a esempio uno smartphone di ultima generazione, piuttosto che nelle cure dentistiche». A fronte di questa situazione, per finanziare la tutela odontoiatrica con soluzioni praticabili senza correre il rischio di lasciare il campo al low cost, prestazioni a costi bassi non sempre garanzia di qualità, un'opportunità sembra essere offerta dalla sanità integrativa. A spiegarlo è Francesco Maietta, responsabile delle Politiche sociali del Censis, che ha evidenziato come si tratti di un «fenomeno in crescita che è un'opportunità per fare odontoiatria di qualità». A dimostrarlo ci sono i numeri - a oggi 6 milioni di iscritti, 11 milioni di assistiti, circa 300 mutue iscritte all'anagrafe presso il ministero della Salute - e le potenzialità: 8,9 milioni di cittadini si dichiarano infatti favorevoli a destinare parte del proprio reddito a forme di sanità integrativa e 9,8 milioni si dichiarano favorevoli all'introduzione di assicurazioni obbligatorie con opportune deduzioni. Le prestazioni che ci si aspetta dalla sanità integrativa? «Sono per il 52,3% visite specialistiche e diagnostica ordinaria, per il 42,7% cure dentarie, 22,8% farmaci, 21,5% interventi chirurgici odontoiatrici». Riposizionarsi nella crisi, conclude Maietta,

«per l'odontoiatria vuol dire anche misurarsi con la sanità integrativa, un'opportunità per affrontare la crisi di sostenibilità, per continuare a finanziare la qualità e sostenere la logica da premium economy senza lasciare campo libero al low cost sanitario». Venti di crisi e possibili soluzioni. Sempre meno pazienti bussano alle porte e

il risultato è che il 52,4% dei camici bianchi si aspetta di chiudere il 2014 con un calo di ricavi, mentre solo il 4,6% dei professionisti si attende un aumento.

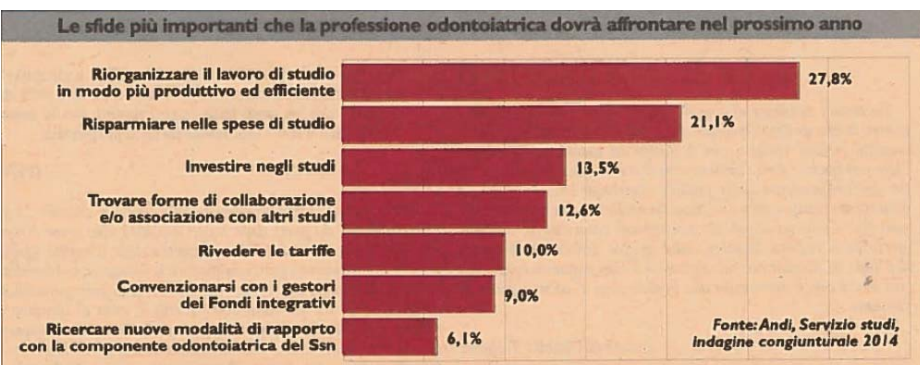
B.Gob.



Tempo di lavoro non coerente con la disponibilità

Il tuo tempo lavoro totale effettivo è:	Motivazioni	Frequenza	%	% totale
Inferiore alla tua disponibilità, cioè al tempo-lavoro che potresti potenzialmente impiegare	Pazienti insufficienti o un calo o mancato incremento	24.888	94,9	44,2
	Inadeguatezza o insufficienza di risorse (pers., apparecchi ecc.)	0	0,0	
	Altro	1.345	5,1	
Totale		26.233	100,0	
Superiore alla tua disponibilità	Un incremento di pazienti	2.735	62,4	7,4
	Investimenti aggiuntivi in risorse	802	18,3	
	Altro	845	19,3	
Totale		4.381	100,0	
Totale		59.323	100,0	100,0

Fonte: Andi, Servizio studi, indagine congiunturale 2014



Andamento del ricavo 2013-2012 e previsione 2014

Direzionalità	Previsioni del ricavo per il 2014 rispetto al 2013								Previsione* ricavo 2013 rispetto al 2012 fatta nel 2012	
	Inferiore	Uguale		Superiore		Totale				
Andamento effettivo del ricavo nel 2013 rispetto al 2012	Inferiore	22.099	71,1	8.582	33,6	528	19,5	31.208	52,6	58,2
	Uguale	7.870	25,3	13.148	51,5	783	28,9	21.801	34,7	35,0
	Superiore	1.134	3,6	3.785	14,8	1.396	51,6	6.314	10,6	6,8
	Totale	31.103	100,0	25.514	100,0	2.706	100,0	59.323	100,0	100,0
Previsioni del ricavo per il 2014 rispetto al 2013 (%)		52,4		43,0		4,6		100,0		

(*) Indagine congiunturale 2013. Si possono confrontare le previsioni per il 2013 fatte nel 2012 con gli andamenti effettivi del 2013 registrati nel 2014.
Fonte: Andi, Servizio studi, indagine congiunturale 2014

Fattori che incidono sul livello di consumo odontoiatrico

Fattore	da 3 a 13	da 14 a 54	da 55 in poi
Età per omogeneità del livello di consumo			
Reddito	alto	medio	basso
Prestazione	essenziale	differibile	evitabile
Prezzo	alto	medio	basso
Terzo pagante	pubblico con ticket	privato a rimborso parziale	privato a rimborso (quasi) totale

Fonte: Andi, Servizio studi, maggio 2014



ODONTOIATRIA. 1 MILIONE DI INTERVENTI CHIRURGICI L'ANNO. ARRIVA LA CHECKLIST "SALVAERRORI"

Sono un milione gli italiani che si sottopongono ogni anno a interventi di chirurgia odontoiatrica per inserire impianti, risolvere malattie gengivali gravi, migliorare l'estetica della bocca, per una spesa complessiva che supera 1,3 miliardi di euro.

Ma secondo le ultime stime 50mila italiani hanno problemi postoperatori eccessivi o risultati inferiori alle attese e in alcuni casi devono persino tornare sotto i ferri con costi aggiuntivi che si stima possano superare i 100 milioni di euro, fra le spese per la seconda operazione e le giornate di lavoro perse. E in oltre il 60% di questi casi i problemi sono estetici, nel 46% si perde il dente o l'impianto, nel 37% si sviluppa un'infezione.

Sotto accusa soprattutto gli impianti 'low-cost' e le infezioni dovute al trattamento di una zona come la bocca ad alto rischio di contaminazione batterica.

Per ridurre gli errori in chirurgia odontoiatrica e migliorare gli esiti degli interventi, è partita nei giorni scorsi, in tutta Italia, la campagna della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP) "Per sorridere insieme" per la qualità e sicurezza in chirurgia parodontale e implantare. Un'iniziativa che propone, sulla scorta di quanto fatto dall'Oms per le altre operazioni di chirurgia, l'adozione di una checklist di sala operatoria 'su misura' per la chirurgia odontoiatrica con 35 punti da controllare prima, durante e dopo l'operazione.

Il progetto prevede di informare i 59mila dentisti italiani, e di coinvolgere in più di 100 corsi di aggiornamento gratuiti i 18mila dentisti che eseguono chirurgia parodontale o implantare nel loro studio.

"Le checklist di sala operatoria hanno ridotto la mortalità e migliorato gli esiti ovunque siano state introdotte e lo stesso accadrà con la checklist per la chirurgia odontoiatrica. Per la prima volta al mondo – dice **Maurizio Tonetti**, Presidente SIdP - è stata stilata una checklist 'su misura' per la chirurgia dentale e, come i piloti d'aereo, i dentisti avranno 35 punti "critici" da controllare prima, durante e dopo l'operazione per assicurarsi che i pazienti vengano curati al meglio e i rischi siano ridotti al minimo. Così una migliore organizzazio-



ne e formazione dell'intero studio dentistico può ridurre la quota di insuccessi senza aggravamenti di costo".

Spesso infatti le complicanze non si verificano per un errore grave, ma per il sommarsi degli effetti negativi di alcune piccole "sviste" che la checklist aiuta a evitare, prendendo in considerazione tutti i momenti chiave dove è più probabile sbagliare, ad esempio "una valutazione diagnostica incompleta o semplicemente effettuare un intervento senza avere le immagini radiografiche direttamente visibili" osserva Tonetti.

Il progetto SIdP prevede anche l'avvio di 100 corsi gratuiti che si terranno nel 2014 e nel 2015 nelle principali città del Paese, attraverso cui aggiornare sui temi chirurgici e proporre un nuovo modello organizzativo per gli studi dentistici; i corsi saranno rivolti soprattutto ai 18mila dentisti italiani che, in circa 24mila studi professionali, si occupano direttamente di chirurgia parodontale e implantare.

"Gli odontoiatri italiani sono fra i migliori al mondo – spiega il Presidente SIdP – e la chirurgia parodontale e implantare eseguita in condizioni ottimali è molto efficace e in grado di cambiare in positivo la vita a moltissimi pazienti. È però difficile scegliere e applicare gli approcci più moderni e idonei, e anche questo, insieme alla difficoltà di operare in una zona delicata e molto contaminata dalla presenza di batteri, fa sì che un numero importante di interventi possa avere complicanze o esiti diversi dall'atteso".

I dati mostrano che gli interventi che più spesso danno problemi sono quelli implantologici nella zona estetica della dentatura (60%), la chirurgia implantologica con rigenerazione ossea o la chirurgia plastica parodontale (41%) e la parodontologia rigenerativa e la chirurgia implantare semplice (30%). I motivi che più spesso portano a una seconda operazione sono problemi estetici (62%), la perdita dell'impianto o del

dente (41-46%), le infezioni (37%).

"Purtroppo quando si interviene una seconda volta i costi salgono: si stima che complessivamente l'aggravio di costi possa superare i 100 milioni di euro – dice Tonetti – Nel 91% dei casi per la seconda operazione si spende di più, nel 58% dei pazienti il conto aumenta della metà, in quattro su dieci addirittura raddoppia. Senza contare i fastidi per i pazienti, dalle giornate di lavoro perse al dolore, connessi agli interventi. Tanto che il 20% dei nostri pazienti preferirebbe evitare la chirurgia proprio perché ha sentito da amici e conoscenti della possibilità che qualcosa vada storto. Questa percezione sbagliata rischia di allontanare una fetta importante della nostra popolazione dalle terapie più moderne e efficaci che possono davvero fare la differenza".

Per migliorare gli esiti degli interventi, la campagna "Per sorridere insieme" pone l'accento sull'importanza dell'aggiornamento. "Il nostro progetto – aggiunge – intende sottolineare l'impegno in formazione continua degli odontoiatri italiani, uno sforzo necessario per una professione divenuta sempre più tecnologica: i dispositivi e le tipologie di intervento in uso oggi erano sconosciuti fino a pochi anni fa; è perciò necessario un aggiornamento attento e costante per poter offrire il meglio ai nostri pazienti, sapendo scegliere fra i dispositivi sul mercato così da privilegiare non solo il risparmio, ma anche e soprattutto la sicurezza e la buona riuscita degli interventi".

Infine, un altro aspetto apparentemente banale ma molto importante è quello di operare in una bocca pulita: l'igiene orale, il controllo delle infezioni (in primo luogo quelle dei denti e delle gengive) e la disinfezione della bocca prima di procedere sono ormai routine consolidate. "È infatti necessario – conclude Tonetti – che anche in vista di un intervento chirurgico odontoiatrico il paziente metta in pratica con grande attenzione i suggerimenti su come migliorare l'igiene orale quotidiana adottando le tecniche e le tecnologie più moderne e efficaci e che nel post-operatorio si attenga a una serie di istruzioni semplici, ma di grande importanza per prevenire possibili complicanze infettive che sono la causa più frequente di insuccesso".

Quotidiano Sanità 28/5/2014



RESPONSABILITÀ BONUS E MALUS

24 ORE
Sanità

n. 14 del 15 aprile 2014

Polizze almeno triennali, con massimale minimo di almeno un milione di euro a sinistro, con bonus e malus calcolati a scadenza contrattuale e un Fondo gestito da Consap (la Concessionaria servizi assicurativi pubblici Spa, interamente partecipata dall'Economia, nata nel 1993 per scissione dall'Istituto nazionale delle assicurazioni-Ina, in occasione della sua privatizzazione) con accesso prioritario per i professionisti sanitari in più giovane età.

Sono questi i principali ingredienti della bozza di Dpr recante il Regolamento che fissa procedure e requisiti minimi e uniformi di idoneità delle polizze che dovranno garantire la copertura assicurativa obbligatoria agli esercenti le professioni sanitarie.

Previsto dalla Legge "Balduzzi" (Dl 158/2012, L. 189/2012, art. 3) il regolamento - da emanare su proposta della Salute di concerto con l'Economia - è frutto di oltre un anno di lavoro a più mani all'interno di un gruppo di lavoro che ha visto anche la partecipazione di rappresentanti ed esperti dell'Ania (imprese assicuratrici), delle Regioni, della Federazione degli ordini dei medici e dei collegi delle professioni sanitarie. La "Balduzzi" non aveva previsto un formale parere da parte delle Regioni e delle Province autonome per l'adozione del Dpr in questione, ma la Commissione Salute, considerato il rilevante impatto sui servizi sanitari regionali rappresentato da questa particolare tematica, ha sollecitato i Governatori a chiedere al Governo l'espressione di un parere formale in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Disciplinato nel dettaglio anche il Fondo rischi sanitari, cui potranno accedere - con un percorso prioritario per i professionisti più giovani - «gli esercenti le professioni sanitarie che per l'attività svolta corrono il rischio di arrecare danni rilevanti a terzi e dispongono di un patrimonio tale per cui non sono in grado di trovare una copertura sostenibile sul mercato».

Il Fondo sarà gestito da Consap, che opererà sotto la vigilanza della Salute e dello sviluppo con l'assistenza di un apposito comitato che avrà il compito di fissare condizioni e modalità d'accesso, offrendo supporto al professionista che ha ricevuto una offerta di premio assicurativo esorbitante (integrazione del premio versato) ovvero nel caso in cui il professionista dimostri di aver ricevuto tre rifiuti da almeno tre gruppi assicurativi (supporto nell'individuazione di polizza idonea).

Il Fondo medesimo sarà alimentato

anche dai professionisti che ne richiederanno il supporto: l'importo sarà stabilito dal comitato del fondo e dovrà essere versato per almeno cinque anni.

Le imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni da attività sanitaria saranno invece obbligate a fornire su richiesta al Fondo medesimo i dati relativi alla gestione dei sinistri.

Sara Todaro

LA DISCIPLINA

Destinatari

Tutti i liberi professionisti esercenti le professioni sanitarie e il personale sanitario di Asl, Ao, Istituti ed Enti del Servizio sanitario nazionale o strutture sanitarie private con qualsiasi tipologia di rapporto di lavoro

Polizze

- Massimale minimo di 1 milione a sinistro l'anno Valutazione bonus-malus ed eventuale variazione del premio tariffa a ogni scadenza contrattuale
- Divieto di recesso da parte dell'assicuratore salvo reiterata condotta colposa da parte dell'assicurato accertata con sentenza definitiva
- Possibilità di stipulare idonea copertura assicurativa professionale anche tramite convenzioni collettive
- Non opponibilità della franchigia al terzo danneggiato.

RC PROFESSIONALE: OBBLIGHI, VINCOLI E RINVII

1. L'obbligo per tutti gli iscritti ad albi e ordini professionali (oltre 2 milioni di professionisti) di garantire la Responsabilità civile professionale, ovvero la capacità di risarcire i danni a terzi per errori legati allo svolgimento della propria attività, è stato introdotto con la Riforma sulle professioni (Dl n. 138 del 13 agosto 2011 - Legge 148/2011, articolo 3, comma 5, lettera e), recante Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo - Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari - Dpr n. 137 del 7 agosto 2012 - Regolamento attuativo sulla riforma degli ordinamenti professionali, articolo 5) che ha imposto al professionista di rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza e il massimale.

2. Il provvedimento comporta una spesa in più per gli iscritti agli ordini - che però possono siglare convenzioni collettive con le compagnie assicurative - ma mette al sicuro il patrimonio personale del professionista in caso di richiesta danni e fornisce una precisa garanzia ai clienti

circa la possibilità di ottenere il giusto risarcimento in caso di errore da parte del professionista. L'assicurato è tutelato anche nel caso in cui la struttura, la clinica o l'istituto a cui presta la propria opera si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi.

3. L'obbligo di dotarsi di una polizza Rc, inizialmente fissato per tutti dal 13 agosto del 2012, era stato fatto slittare per i soli esercenti le professioni sanitarie dal decreto del Presidente della Repubblica 132/2012 (Dl 89/2012, proroga termini in materia sanitaria) che aveva spostato di un anno l'appuntamento (13 agosto 2013) a fronte dell'allarme lanciato dai medici sull'impossibilità di reperire idonee coperture a prezzi accettabili sul mercato assicurativo.

MEDICI COME IMPRESE? DA UE FONDI APERTI A PROFESSIONISTI

Raggiunta l'assimilazione degli studi medici e dentistici a imprese, in cambio della possibilità per i professionisti ad accedere ai fondi dell'Unione europea per il finanziamento e il microcredito a imprese fino a 50 milioni di fatturato annuo. Grazie all'ok della Commissione europea, i professionisti italiani potranno attingere ai fondi per lo sviluppo regionali e nazionali, e ai fondi Ue dei programmi Cosme - competitività (2,3 miliardi di "tesoro") e Horizon 2020 per la ricerca (ben 80 miliardi di euro stanziati). Soddisfatto il presidente della Fondazione Enpam Alberto Oliveti: «Il via libera della Commissione europea al Piano d'azione per i professionisti è un grande riconoscimento del loro ruolo sociale ed economico, ottenuto grazie alla negoziazione della nostra associazione Adepp, che raggruppa le casse previdenziali privatizzate».

Come faranno i professionisti a conoscere meglio i benefit, a sceglierli, a chiederli e ad accedervi materialmente? «In questa fase di definizione dei bandi, l'Enpam sta studiando come fornire la migliore assistenza possibile a medici e odontoiatri». La Fondazione sta concentrando le sue valutazioni su due fronti d'intervento. «Il primo - dice Oliveti - è quello informativo: attraverso i mezzi di comunicazione tradizionali esistenti o con la creazione di canali appositi, l'Enpam aggiornerà gli iscritti grazie a una costante attività di monitoraggio e di pubblicizzazione delle iniziative specifiche a loro dedicate».



ESERCIZIO FISICO PREVIENE DISABILITÀ E ALLUNGA ASPETTATIVA DI VITA

Forza di presa indebolita, difficoltà ad alzarsi da una sedia ed equilibrio instabile, in una parola scarsa capacità fisica. Ecco il segno che nella mezza età può pronosticare ridotte probabilità di sopravvivenza negli anni successivi, mentre il maggiore tempo trascorso a svolgere ogni giorno un'attività fisica leggera riduce il rischio di disabilità. Sono questi, in sintesi, i risultati di due studi pubblicati sul British medical journal. Nel primo i ricercatori guidati da **Rachel Cooper** dello University college di Londra hanno usato i dati del Medical research council national survey of health and development per esaminare i rapporti tra forza di presa, velocità nell'alzarsi da una sedia e stabilità nell'equilibrio a 53 anni con la mortalità per tutte le cause fino ai 66.

Dall'analisi, che ha coinvolto oltre 5.000

persone, emerge che i partecipanti con bassa capacità fisica a 53 anni tendevano ad avere tassi di mortalità per tutte le cause più elevati rispetto a quelli con prestazioni maggiori. «I risultati indicano che non solo gli anziani, ma anche le persone con scarsa capacità fisica nella mezza età sono un gruppo su cui concentrare prevenzione e terapia» conclude Cooper. Nell'altro studio, invece, **Rowland Chang** e i colleghi dell'Università di California a San Francisco hanno preso in esame i benefici dell'attività fisica leggera ma costante nel ridurre i rischi di disabilità.

Allo studio hanno preso parte 1.680 uomini e donne tra 49 e 83 anni a elevato rischio di sviluppare osteoartrite del ginocchio, un importante fattore di invalidità. La disabilità è stata definita come la presenza di limitazioni nello

svolgimento di attività quotidiane più o meno complesse come camminare, vestirsi, lavarsi, andare in bagno, prepararsi pasti caldi, fare la spesa, telefonare o prendere farmaci. L'esito primario era lo sviluppo di disabilità dopo due anni di follow-up, in cui i livelli di attività fisica sono stati monitorati con un accelerometro. «I risultati mostrano una relazione inversa tra attività fisica e disabilità» conclude Chang. E in un editoriale **Elisabeth Badley**, dell'Università di Toronto, afferma: «Questi studi indicano che l'attività fisica non influenza solo la disabilità ma anche l'aspettativa di vita. Ecco perché, specie dopo i primi cinquant'anni, è consigliabile uno stile di vita sano con adeguati livelli di esercizio».

Doctor33—6/5/2014



OCSE: SPENDING DA BOCCIARE

Diminuire la spesa ridurrebbe i servizi - Def: Padoan accelera sui tagli

L'Ocse bocchia Cottarelli: la spesa sanitaria pubblica italiana è inferiore di oltre un terzo alla media dei Paesi dell'area euro considerati nella spending review, e il divario è triplicato dall'inizio degli anni 2000. Inoltre il benchmark, inserito nella tabella di Carlo Cottarelli, secondo il quale la spesa dovrebbe tendere al 5,25% del Pil, appare incomprensibile. Ma intanto il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan stringe sui risparmi che vorrebbe mettere in pista già con il Def (la presentazione è prevista per martedì 8 aprile). E la sanità non è esclusa, almeno per quanto riguarda le cifre scritte proprio da Cottarelli che, beni e servizi a parte, per il 2014 prevedono un taglio di almeno 300 milioni. Su cui il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha già preso posizione: «Non sono in linea con Cottarelli - ha detto Lorenzin -, perlomeno non lo sono nel metodo».

Cosa dice l'Ocse. La nota Ocse, inviata su sollecitazione della commissione Igiene e Sanità del Senato, indica che nell'intera area Ocse, sono solo sei i Paesi che hanno una spesa sanitaria pubblica inferiore al 5,25% del Pil (Cile, Corea, Polonia, Estonia, Ungheria e Lussemburgo). Così, i dati forniti a suppor-

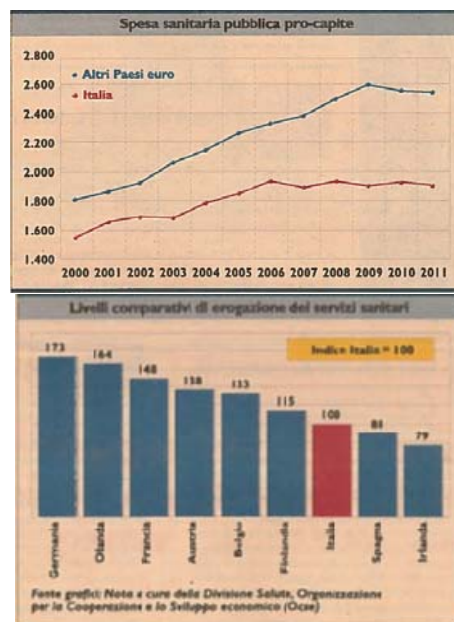
to delle riduzioni di spesa sanitaria proposte nella spending review non consentono di apprezzare la situazione di crescente svantaggio del Ssn rispetto ai sistemi sanitari di altri Paesi europei. L'Italia secondo l'Ocse ha una spesa sanitaria pubblica pro capite di oltre un terzo inferiore alla media degli altri Paesi dell'area euro considerati nella spending review, e il divario si è triplicato dall'inizio degli anni 2000.

E ancora l'Ocse aggiunge che il livello di prestazioni sanitarie erogate in Italia è sensibilmente inferiore a quanto osservato nella quasi totalità degli altri Paesi dell'area euro considerati nella spending review ed eventuali riduzioni di spesa «non finalizzate soltanto al recupero di inefficienze» si ripercuoterebbero ulteriormente sull'accesso, in particolare da parte dei cittadini più svantaggiati, sui livelli e sulla qualità dell'assistenza sanitaria. Inoltre, il "benchmark" proposto da Cottarelli (5,25% del Pil) per la spesa sanitaria pubblica non è compatibile con il modello di Ssn esistente in Italia.

Le conclusioni dell'Ocse. La spending review attualmente in corso in Italia «rappresenta un importante e necessario sforzo di razionalizzazione della spesa pubblica», scrive l'Ocse in conclusione del documento inviato al Senato. E aggiunge che esistono sicuramente

margini per la riduzione di sprechi e inefficienze, e molte delle proposte formulate finora vanno in questa direzione, ma le proposte riferite alla spesa sanitaria «si basano sull'analisi di dati che non consentono di apprezzare la situazione di crescente svantaggio in cui versa il Ssn rispetto ai sistemi sanitari di altri maggiori Paesi europei».

P.D.B.



24 ORE
Sanità

n. 13 del 8 aprile 2014



LABORATORI A RISCHIO CHIUSURA

24 ORE
Sanità

n. 15 del 22 aprile 2014

In bilico quasi 30mila posti di lavoro soprattutto dove c'è il piano di rientro

Nei circa 3mila laboratori accreditati italiani ci sono poco meno di 30mila dipendenti che aspettano il verdetto finale: se le linee guida datate 2011 e che solo ora si stanno recependo nelle Regioni (soprattutto quelle in piano di rientro) saranno applicate alla lettera, come una "norma", dovranno dire addio al loro lavoro. Ma le linee guida sono state scritte in base a quanto previsto dalla Finanziaria 2006, quando la crisi non c'era. E di questo personale, inoltre, almeno tremila persone stanno

seguito il percorso formativo del triennio per la laurea breve di tecnico di laboratorio e per le altre lauree attinenti a laboratori e ambulatori, senza a questo punto sbocchi lavorativi, visto che il privato ha un destino breve e nel pubblico c'è il blocco del turn over.

Le strutture chiedono di rivedere le linee guida, tenendo presenti le esigenze attuali dei servizi sul territorio e soprattutto il fatto che in questo modo, riducendo i laboratori a soli punti prelievo, si tagliano definitivamente le gambe all'imprenditoria privata che finora ha garantito, come testimoniano

i controlli, la qualità nelle prestazioni erogate».

Le linee guida, infatti, trasposte nelle delibere delle Regioni, sono state interpretate nel senso che nel primo anno della loro applicazione un laboratorio per essere accreditato per l'attività analitica "deve" eseguire almeno centomila prestazioni che diventano duecentomila negli anni successivi. Tradotto, solo una decina di laboratori accreditati in tutta Italia potranno mantenere questo status.

Paolo Del Bufalo

Ambulatori e laboratori pubblici per tipo di assistenza (valori assoluti)				
Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Italia	3.847	3.523	1.449	1.301
Nord	1.549	1.431	626	602
Nord-Ovest	904	819	378	338
Nord-Est	645	612	248	264
Centro	947	799	301	231
Sud e Isole	1.351	1.293	522	468
Sud	870	820	318	298
Isole	481	473	204	170

Ambulatori e laboratori privati accreditati per tipo di assistenza (valori assoluti)				
Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Italia	5.811	2.692	1.556	2.865
Nord	1.184	846	529	424
Nord-Ovest	669	462	330	283
Nord-Est	515	384	199	141
Centro	1.046	454	334	505
Sud e Isole	3.581	1.392	693	1.936
Sud	2.009	676	420	1.195
Isole	1.572	716	273	741

Regioni	Totale	Clinica	Diagnosti-	Laborato-
Piemonte	88	78	58	46
Valle	3	3	1	-
Lombar-	473	339	221	194
Pa Bolza-	15	14	3	2
Pa Trento	18	15	4	5
Veneto	255	189	76	68
Friuli V.G.	42	26	17	10
Liguria	105	42	50	43
Emilia R.	185	140	99	56
Toscana	315	168	89	64
Umbria	27	9	7	14
Marche	104	49	19	57
Lazio	600	228	219	370
Abruzzo	102	36	23	66
Molise	42	28	11	16
Campania	1.161	362	263	704
Puglia	414	138	58	246
Basilicata	50	20	9	27
Calabria	240	92	56	136
Sicilia	1.384	610	190	681
Sardegna	188	106	83	60



Per informazioni



Daniele Dondarini
Referente CNA Coordinamento Sanità
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