

Numero 5, settembre 2011



### ARRIVA L'EQUIVALENZA PER PEDICURE/CALLISTI E MASSOFISIOTERAPISTI

In agosto è stato pubblicato l'atteso DPCM di recepimento dell'accordo Stato Regioni, del febbraio scorso, che definiva modalità per la presentazione di domande di equivalenza ai profili delle professioni sanitarie non mediche, tra le quali vengono ricompresi gli operatori della podologia ed i masso fisioterapisti biennali ed annuali.

Sarà, così, possibile legittimare i pedicure/callisti in attesa di questo provvedimento da quasi venti anni, che potranno continuare l'attività esercitando i contenuti professionali dei podologi universitari.

La domanda di equivalenza dovrà essere presentata alle Regioni che hanno rilasciato l'attestato di cui si chiede l'equivalenza, aggiungendo la documentazione richiesta all'articolo 2 dell'allegato 1 al DPCM, nei due casi di dipendente o di titolare dell'attività.

L'iter è quello già previsto dall'accordo di febbraio prece-

dentemente divulgato, per cui le Regioni faranno l'istruttoria sulla posizione dei singoli, istruttoria che verrà presentata al Ministero della Salute che discuterà le posizioni in seno alla Conferenza nazionale dei Servizi.

Le Regioni e le Province autonome dovranno fornire informazioni in merito alle modalità di presentazione delle istanze e, probabilmente anche dei tempi in cui si manterrà aperta la procedura, non essendovi riferimenti specifici nel decreto, in ogni caso l'iter per podologi e masso fisioterapisti dovrebbe prendere il via, come da circolare del Ministero della Salute, nel giugno del 2012.

Per informazioni:



Emilia Romagna  
CNA Benessere e Sanità

**CNA Benessere e Sanità**  
Emilia Romagna  
tel. 051/2133124  
Fax 051/2133330

e-mail: [benesseresanita@cnaemiliaromagna.it](mailto:benesseresanita@cnaemiliaromagna.it)

#### Documenti di riferimento:

- **Accordo** Conferenza Stato—Regioni del 10 febbraio 2011
- **Decreto** del Presidente del Consiglio dei Ministri, 26 luglio 2011  
Criteri e modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42.
- **Circolare** del Ministero della Salute recante indicazioni operative necessarie a rendere uniforme l'attività istruttoria di competenza delle Regioni e Province autonome nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento.



#### Sommario:

Arriva l'equivalenza per pedicure/callisti e massofisioterapisti	1
Tutte le unità di misura del comparaggio	2
L'Istituto Rizzoli sbarca in Sicilia; opererà a Villa Santa Teresa	3
Responsabilità dell'odontoiatra: la devitalizzazione è intervento di routine	3
Un paziente diabetico costa il quadruplo di un non diabetico	3
Spesa italiana in coda all'UE	4
Autorizzazione sanitaria	5
Ordini, stato di agitazione delle professioni per lo stop al DDL	5
Protesica sotto le scartoffie; passaggi lenti e farraginosi per le autorizzazioni	6
Pazienti meglio protetti da dispositivi medici difettosi o di scarsa qualità	8
Nessun rimpianto per bocciatura ordine dentisti	8
Attenti agli occhi! Nuova edizione della norma ISO sulle lenti a contatto e sui prodotti per la loro cura	9
La Camera approva un emendamento sulla confisca dei beni ai dentisti abusivi	9
Riforma dello Small Business Act per il rilancio delle PMI	9
Retismed al Medica 2011	10
Rimborsata senza limiti terapia degenerazione maculare	10
Nuovi ticket sanitari: tutte le novità	11
Riordino delle farmacie in cerca di mediazione	11
Frena la spesa e cala il deficit	12



## TUTTE LE UNITÀ DI MISURA DEL COMPARAGGIO

\*\*\***231 DRE**  
**Sanità**

n. 24 del 21 giugno 2011

Il medico, il veterinario e il farmacista che ricevono denaro o altra utilità ovvero ne accettano la promessa, allo scopo di agevolare, con prescrizioni mediche o in qualsiasi altro modo, la diffusione di specialità medicinali, commettono il reato di comparaggio.

Trattasi di contravvenzione punita dal Testo unico delle leggi sanitarie (Rd 27 luglio 1934, n. 1265) con l'arresto fino a un anno e l'ammenda da euro 206,58 a euro 516,45; la condanna importa la sospensione dall'esercizio della professione per un periodo di tempo pari alla durata della pena inflitta.

In più occasioni i Giudici si sono occupati dell'illecito in questione. Secondo il Pretore di Napoli (30 dicembre 1964), con il reato di comparaggio il legislatore ha inteso proteggere il malato nel suo diritto di vedersi prescrivere e vendere farmaci solo in relazione alla loro specifica efficacia terapeutica e alla propria utilità rispetto al caso, senza che la prescrizione o la vendita siano in alcun modo influenzate dal personale tornaconto del medico o del farmacista.

In punto di diritto, il Tribunale Milano (28 settembre 1983), ha chiarito come non intercorra rapporto di specialità tra la corruzione e il comparaggio: «i due reati hanno diversa oggettività giuridica (il primo tutela la Pa contro comportamenti disonesti e infedeli dei pubblici ufficiali; il secondo tutela la correttezza nella produzione e nel commercio delle specialità medicinali e richiede un particolare dolo specifico). Pertanto, quando il medico convenzionato riceve denaro o altra utilità, non per agevolare la diffusione del farmaco, ma per mero scopo di lucro, commette il più grave reato di corruzione».

Più di recente è intervenuto sulla fattispecie il Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Pavia (26 maggio

2005), il quale ha precisato che non è necessaria all'integrazione del comparaggio l'effettiva agevolazione della diffusione dei farmaci, quando sono comprovate le dazioni di denaro e l'idoneità del medico a prescrivere i farmaci stessi. Mette conto menzionare poi due sentenze della Corte di Cassazione. Secondo la prima (Sez. I, 20 novembre 2007, n. 42750), la contravvenzione di comparaggio, tuttora ricadente nell'area dell'illegittima promozione dei farmaci, e l'eventuale delitto di corruzione realizzato mediante significative e sostanziose erogazioni di denaro o altre utilità per scopo di lucro, di cui siano stati accertati gli elementi costitutivi, possono concorrere e non si escludono a vicenda.

La seconda (sez. VI, 28 agosto 2008, n. 34415), accogliendo le tesi della difesa, ha affermato che senza la prova dell'accordo criminioso, il rimborso spese versato al medico ospedaliero dalla società farmaceutica, per aver partecipato a un congresso tenutosi all'estero e organizzato dalla stessa azienda, non integra alcuna ipotesi corruttiva.

L'inesistenza della prova di un patto di mercimonio avente a oggetto atti contrari a doveri d'ufficio, infatti, esclude la configurabilità del reato di corruzione ex art. 319 c.p.

Non è stata pertanto accolta la tesi accusatoria che aveva rinvenuto gli elementi propri della corruzione non già in circostanze fattuali idonee a dimostrare l'esistenza di un preventivo accordo criminioso tra il dipendente dell'azienda farmaceutica e il pubblico ufficiale, ma nella sola dazione di utilità, che rivestirebbe la duplice funzione di prezzo della compravendita e di prova dell'accordo criminioso.



Va quindi ribadito che il discrimine tra condotta penalmente illecita e quella consentita è la provata connessione tra i comportamenti del sanitario e quelli del privato, nell'ambito del mercimonio della pubblica funzione: in assenza di tale essenziale e prioritaria convergenza sull'accordo criminioso va esclusa,

dunque, l'integrazione dell'ipotesi corruttiva.

Inoltre, per il Giudice di legittimità, di fondamentale importanza risulta essere, nella specie, anche la circostanza che la partecipazione al congresso era stata preventivamente autorizzata dal Ministero della Salute e quindi - in mancanza di altri univoci elementi di prova - non poteva ritenersi che il "donativo" fosse il frutto di una corruzione del sanitario in mancanza di prova del sottostante accordo.

La distinzione tra comparaggio e corruzione è importante anche ai fini della responsabilità da reato dell'azienda farmaceutica ai sensi del DLgs. 231/2001: infatti soltanto il più grave delitto di corruzione può comportare sanzioni pecuniarie e interdittive a carico di quest'ultima.

Tuttavia, sotto un profilo preventivo, è opportuno che la società si impegni in ogni caso a gestire correttamente il rapporto tra i suoi dipendenti e i medici e i farmacisti (si pensi in particolare alle tematiche dell'informazione scientifica del farmaco e al c.d. market access), al fine di poter dimostrare la sua diligenza organizzativa nell'ipotesi dell'instaurazione di un procedimento penale a suo carico.

**Maurizio Arena**  
Avvocato Presidente  
Osservatorio 231 Farmaceutiche

**Arresto fino  
a un anno**

**Ma servono prove  
per la "corruzione"**



## L'ISTITUTO RIZZOLI SBARCA IN SICILIA; OPERERÀ A VILLA SANTA TERESA

**Entro la fine dell'anno, l'istituto ortopedico bolognese sbarcherà anche in Sicilia. La firma al protocollo d'intesa è prevista per il mese di luglio**

Bologna, 13 maggio 2011 - L'istituto ortopedico "Rizzoli" di Bologna sbarcherà in Sicilia entro la fine dell'anno.

Per il mese di luglio è prevista la firma di un protocollo d'intesa tra il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, il presidente della Regione siciliana, Raffaele Lombardo, e il presidente della Regione Emilia Romagna, Vasco Errani, ed entro dicembre avranno inizio le attività assistenziali. L'intesa, alla quale lavora da oltre un anno l'assessore siciliano della Salute, Massimo Russo, prevede che l'attività del 'Rizzoli', Irccs pubblico apprezzato a livello internazionale, verrà svolta all'interno della clinica Villa Santa Teresa di Bagheria (Palermo) che è un bene confiscato alla mafia.

L'obiettivo dell'assessorato è quello di "arginare la mobilità passiva che ha raggiunto negli ultimi anni dimensioni preoccupanti in campo ortopedico,

attestandosi intorno ai 35 milioni di euro all'anno", un terzo dei quali proprio per interventi effettuati all'istituto 'Rizzoli'.

Sono infatti circa mille, ogni anno, i siciliani che scelgono di sottoporsi a intervento ortopedico al "Rizzoli", con liste d'attesa che si aggirano intorno ai tre anni. Nell'accordo con il 'Rizzoli', che avrà una durata di nove anni, è previsto che l'istituto bolognese si occupi in Sicilia anche dell'oncologia ortopedica. Nei giorni scorsi l'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo, ha incontrato il direttore scientifico degli istituti ortopedici Rizzoli, Francesco Antonio Manzoli, e l'assessore regionale della Salute dell'Emilia Romagna, Carlo Lusenti.

Insieme a loro anche l'amministratore giudiziario di Villa Santa Teresa, Andrea Dara, che ha sposato in pieno il progetto dell'assessorato.

Proprio la scorsa settimana Villa Santa Teresa di Bagheria ha ricevuto i lusinghieri giudizi del ministro della Salute, Ferruccio Fazio, che l'ha definita una struttura sanitaria con grandi prospettive di sviluppo.

## RESPONSABILITÀ DELL'ODONTOIATRA: LA DEVITALIZZAZIONE È INTERVENTO DI ROUTINE



**Tribunale di Bologna – Sez. III; Sentenza del 07/07/2011**

**Il fatto**

a fronte di un'algia in "sede 13", una paziente si sottoponeva ad un ciclo terapeutico presso uno studio odontoiatrico, consistito nell'esecuzione di una devitalizzazione e quindi in un'apicectomia. Di seguito, la donna, agiva in giudizio per ottenere il risarcimento del danno derivante dalla presunta erronea esecuzione del trattamento.

**Il diritto**

Il Tribunale ha ritenuto comprovata la responsabilità del sanitario alla luce degli esiti dell'accertamento tecnico preventivo prima e della consulenza tecnica d'ufficio dopo.

Di regola, le obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale costituiscono obbligazioni di mezzi e non di risultato, in quanto il professionista si impegna a prestare la propria opera per raggiungere, appunto, il risultato desiderato, non per conseguirlo.

Se l'obbligazione di mezzi, richiede al debitore soltanto la diligente osservanza del comportamento pattuito, l'indempimento di essa non può farsi discendere dal mancato conseguimento del risultato sperato, ma semmai dall'inosservanza dell'obbligo di diligenza specifica imposto al professionista intellettuale.

Infine, relativamente agli interventi cui la paziente si sottopose, si è affermato che essi possano farsi rientrare nell'ambito di quelli che la prassi giurisprudenziale ha cura di definire *routinari*.

**Esito del giudizio**

Il Tribunale ha accolto la richiesta risarcitoria avanzata dalla paziente.

Avv. Ennio Grassini  
[www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)



## UN PAZIENTE DIABETICO COSTA IL QUADRUPLO DI UN NON DIABETICO

I costi diretti sostenuti dal SSN italiano per l'assistenza ai pazienti diabetici sono 4 volte superiori a quelli per i non diabetici, e sono principalmente dovuti ai soggetti anziani e ospedalizzati.

Il dato emerge uno studio condotto sulla popolazione residente nel capoluogo piemontese da **Graziella Bruno**, del dipartimento di Medicina interna dell'università di Torino, e collaboratori.

Le persone affette da diabete abitanti in città sono state identificate mediante il Registro regionale del diabete e gli archivi delle dimissioni e prescrizioni ospedaliere.

Queste sorgenti di dati sono state collegate ai database amministrativi per stabilire i servizi assistenziali utilizzati dalle persone diabetiche (n=33.792) e da quelle non diabetiche (n=863.123). Dall'analisi è risultato che i costi diretti stimati per persona/anno ammontano a 3.660,80 euro nel caso dei diabetici e a

895,60 euro nei non diabetici, determinando un rapporto di costo pari a 4,1.

Il diabete da solo ha rappresentato l'11,4% delle spese totali per cure sanitarie. I costi sono stati attribuiti a ospedalizzazioni (57,2%), farmaci (25,6%), assistenza ai pazienti non ospedalizzati (11,9%), beni di consumo (4,4%) e cure d'emergenza (0,9%). I costi stimati aumentavano da 2.670,80 euro nelle persone diabetiche di età <45 anni a 3.724,10 euro in quelli con età >74 anni, queste ultime corrispondenti a 2/3 dell'intera coorte dei soggetti diabetici; le cifre corrispondenti per le persone non diabetiche erano 371,60 euro e 2.155,9 euro. In tutte le categorie di spesa i rapporti di costo di diabetici vs non diabetici sono state più alte nelle persone <45 anni, sia nel diabete di tipo 1 sia in quello di tipo 2 trattato con insulina.

*Nutr Metab Cardiovasc Dis, 2011 Sep 8. [Epub ahead of print]*





## SPESA ITALIANA IN CODA ALL'UE

**Sanità**

n. 26 del 5 luglio 2011

**Dal 2000 al 2009 costi aumentati dell'1,6% all'anno contro il 4% degli altri**

La spesa sanitaria italiana? Se si prende come punto di riferimento la ricchezza prodotta ogni anno (il Pil) è più bassa di quella francese, tedesca, inglese e addirittura di poco di quella greca. Ed è in linea con quella spagnola. Mentre è quasi la metà di quella degli Usa.

A conti fatti siamo in media con la spesa Ocse: per la salute degli italiani nel 2009 si è speso – tra fondi Ssn (che rappresentano il 77,9% del totale) e costi a carico dei cittadini il 9,5% del prodotto interno lordo.

Esattamente come la media dei 34 Paesi più sviluppati del mondo raggruppati nell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico che ha appena pubblicato gli ultimi e attesi «Health data 2011».

Insomma spendiamo meno della maggior parte dei Paesi europei: molto meno di Olanda (12% del Pil), Francia (11,8%), Germania (11,6%), Danimarca (11,5%), Austria (11%), Belgio (10,9%),

Portogallo (10,1%), Svezia (10%), Inghilterra (9,8%) e Grecia (9,6%). Mentre Irlanda e Spagna spendono il 9,5% del Pil come noi e come la media Ocse.

L'organismo di Parigi fa sapere comunque che ormai dagli anni settanta la spesa sanitaria continua a crescere più velocemente rispetto a quanto cresce l'economia.

In alcuni Paesi, ora colpiti dalla recessione economica, questa crescita è stata tra l'altro molto decisa: come in Irlanda che nel 2007 spendeva per le cure il 7,7% del Pil e due anni dopo è arrivata al 9,5 per cento. O come l'Inghilterra che è decollata dall'8,4% del 2007 al 9,8% del 2009.

La spesa pro-capite sanitaria è cresciuta in media nei Paesi Ocse del 3,8% nel 2008 e del 3,5% nel 2009.

L'impegno pubblico è cresciuto anche a un ritmo più veloce e cioè a una media del 4,8% nel 2008 e del 4,1% nel 2009. La spesa privata, quella cioè a carico dei cittadini, aumenta invece più lentamente (1,9% nel 2008 e 2,7% nel 2009).

In Italia però la spesa sembra essere più

lenta nella sua crescita rispetto a gran parte dei Paesi più sviluppati: «Tra il 2000 e il 2009 si legge nella nota relativa al nostro Paese la spesa procapite è cresciuta, in termini reali, dell'1,6% all'anno contro il 4% della media Ocse».

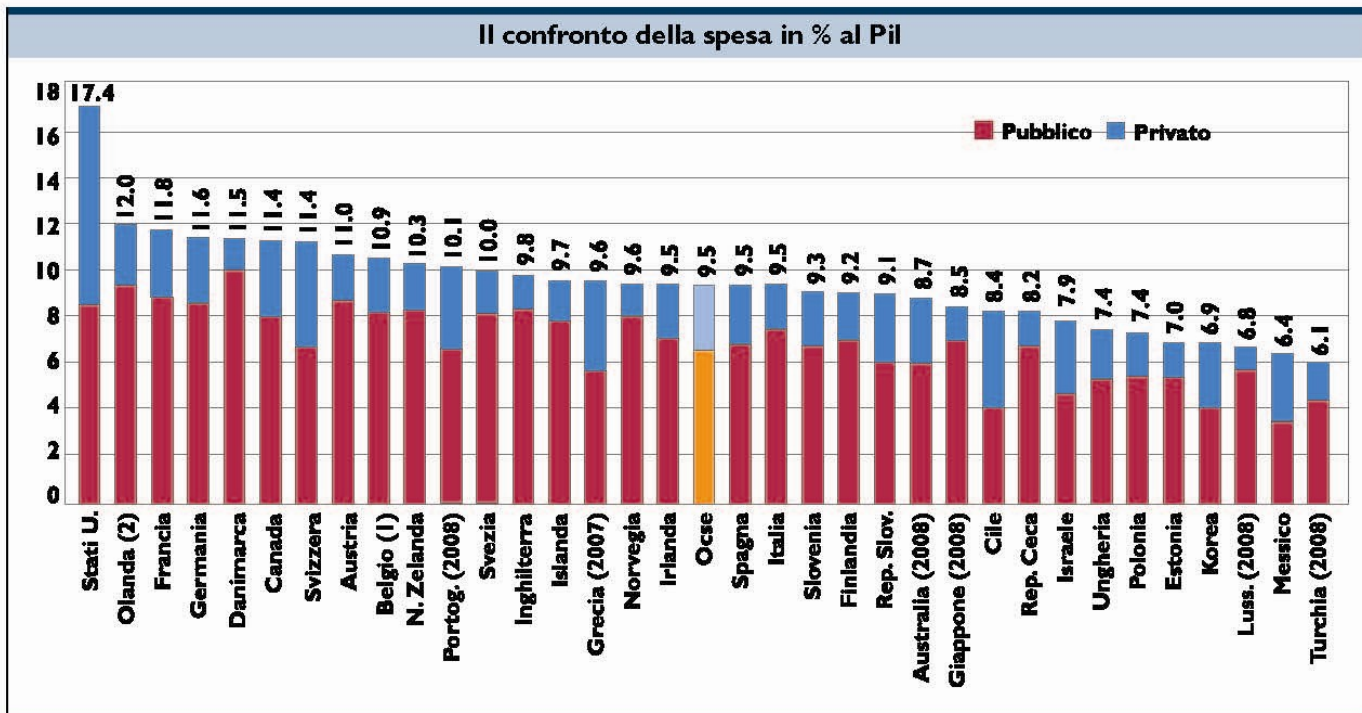
Come noto sono gli Usa quelli che investono più risorse: la spesa per le cure per ogni americano ha raggiunto la quota record di 7960 dollari all'anno. In pratica due volte e mezzo quello che si spende in media nell'Ocse (3223 dollari). La salute di ogni italiano vale invece 3137 dollari all'anno.

Tra i tantissimi numeri degli «Health data 2011» c'è anche la conferma del numero alto di medici in Italia (comunque in calo rispetto al passato): nel nostro Paese si contano 3,4 camici bianchi ogni mille abitanti, sopra la media Ocse che è di 3,1. Mentre gli infermieri sono 6,4 ogni mille abitanti, più bassa rispetto alla media di 8,4.

**Marzio Bartoloni**



**Il confronto della spesa in % al Pil**





## AUTORIZZAZIONE SANITARIA

### Il trasferimento di un ambulatorio medico non richiede una nuova autorizzazione

(Consiglio Stato 19/3/2011 n. 1692)

Nello scarso (per non dire nullo) panorama giurisprudenziale delle sentenze relative all'autorizzazione sanitaria degli studi professionali si segnala la recente decisione del GIP di Bari del 27/4 2011 che ha mandato assolto un odontoiatra che aveva trasferito il proprio studio professionale (già autorizzato) dando solo una mera comunicazione al Comune. Più esattamente questi sono i fatti.

Un odontoiatra titolare di studio professionale debitamente autorizzato decideva di trasferire il proprio studio in altro indirizzo nell'ambito dello stesso comune. Anziché chiedere una nuova autorizzazione, provvedeva solo all'invio di una mera comunicazione al Comune stesso.

A seguito di un controllo i NAS inviavano gli atti al PM competente, configurando la violazione dell'art. 193 del T.U.LL.SS.: ciò in quanto la mera comunicazione del trasferimento non avrebbe configurato (secondo i NAS) una procedura autorizzativa valida.

In altre parole l'odontoiatra pur provvisto di autorizzazione relativamente al primo studio, non sarebbe risultato autorizzato nel secondo studio. Di diverso avviso il GIP di Bari che con la sentenza indicata fa chiarezza su tale materia. Secondo il giudice infatti il mero trasferimento da un luogo, peraltro nell'ambito dello stesso territorio comunale, di un ambulatorio medico non richiede un nuovo rilascio della prescritta autorizzazione.

Ed ancora si legge in sentenza che:

*“Quella prevista dall'art. art. 193 t.u. 27 luglio 1934 n. 1265 presuppone la verifica della idoneità igienico-sanitaria che coinvolge non solo gli ambienti in senso stretto ma, più in generale, anche l'affidabilità della struttura nel suo complesso, tenendo conto anche delle attrezzature, delle apparecchiature e della loro organizzazione-conduzione da parte del soggetto richiedente, nonché di ogni*



*altra circostanza che possa comunque influire sulla qualità del servizio”.*

Pertanto secondo il giudice, poiché l'ambulatorio controllato dai NAS non aveva una struttura e un apparato organizzativo diverso rispetto a quello precedentemente esercitato dall'imputato, non deve considerarsi necessaria una nuova autorizzazione.

**Avv. Silvia Stefanelli**



## ORDINI, STATO DI AGITAZIONE DELLE PROFESSIONI PER LO STOP AL DDL

Dopo il blocco («l'ennesimo») si legge in un comunicato) nell'iter di approvazione del disegno di legge 1142 per l'introduzione degli ordini nelle professioni sanitarie, il Conaps (Coordinamento nazionale delle professioni sanitarie) ha deciso una serie di azioni da condurre entro l'anno, iniziando immediatamente lo stato di agitazione che dovrebbe sfociare in una grande manifestazione.

Sono state inviate lettere a tutte le figure istituzioni coinvolte, tra cui i capigruppo del Senato, la presidenza del Senato, la relatrice del provvedimento, sen Laura Bianconi e al ministro Fazio. «In questa azione di rivendicazione legittima di un provvedimento che aspetta da 17 anni di essere approvato - sottolinea il Conaps - sono coin-

volti anche la Federazione italiana per il superamento dell'Handicap (FISH) e CittadinanzaAttiva, oltre che tutti i presidenti dei collegi (Infermieri e ostetrici)».

«Nel denunciare l'ennesima incapacità della classe politica di produrre leggi utili ed eque come quella sull'istituzione degli Ordini professionali in ambito sanitario - annunciano Antonio Bortone e Tiziana Rossetto, presidente e vicepresidente Conaps - cogliamo l'occasione per annunciare a tutti, politici, iscritti alle associazioni coinvolte, e soprattutto ai cittadini, che le professioni sanitarie non

intendono subire passivamente questo stato di cose, questo stallo legislativo ingiustificato e lesivo della salute delle persone».

**CAVINI SALVATORE (CNA Imola)**  
Tel. 0542/632611

**CUCCARO DARIO (CNA Riccione)**  
Tel. 0541/601655

**FREGNI AZIO (CNA Modena)**  
Tel. 059/418573

**GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)**  
Tel. 0521/227280



**REFERENTI  
CNA BENESSERE E  
SANITÀ  
EMILIA ROMAGNA  
SUL TERRITORIO:**

**MALAVASI SONIA (CNA Bologna)**  
Tel. 051/299330

**ROBBONI FRANCESCO (CNA Ferrara)**  
Tel. 0532/749111

**RUFFILLI REMO (CNA Forli-Cesena)**  
Tel. 0543/770285

**SALVINO TERESA (CNA Reggio Emilia)**  
Tel. 0522/356395

**SUZZI ROBERTA (CNA Ravenna)**  
Tel. 0544/298634

**TAGLIAFICHI GIUSEPPINA (CNA Piacenza)**  
Tel. 0523/572211



## L'APPROFONDIMENTO

### PROTESICA SOTTO LE SCARTOFFIE PASSAGGI LENTI E FARRAGINOSI PER LE AUTORIZZAZIONI

Assistenza protesica e integrativa: in Italia la burocrazia continua a dettare legge a danno dei cittadini. Tempi lunghi, eccessivi passaggi burocratici, diritti disomogenei sul territorio sono i principali ostacoli per i cittadini che hanno bisogno di protesi e ausili per vivere.

Lo dice a chiare lettere il Primo report sull'assistenza protesica e integrativa, presentato da Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato. All'analisi si affianca una serie di proposte di cambiamenti essenziali per migliorare la situazione: rivedere il nomenclatore tariffario, definire linee guida vincolanti e omogenee sul territorio nazionale, adottare una carta della qualità dell'assistenza protesica e integrativa, diffondere le buone pratiche e promuovere l'integrazione.

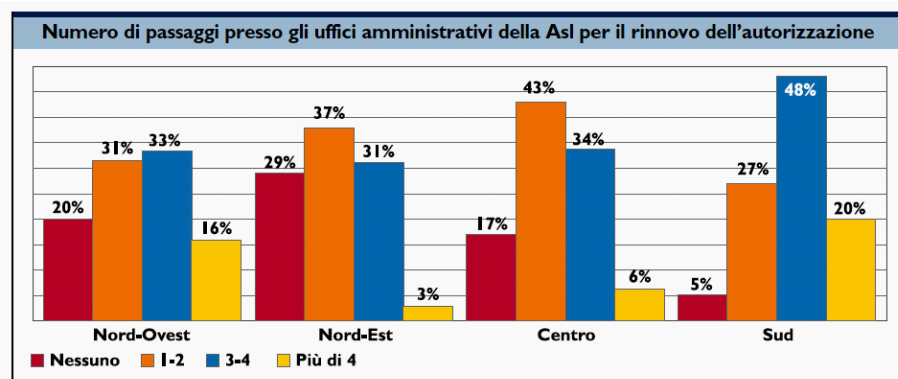
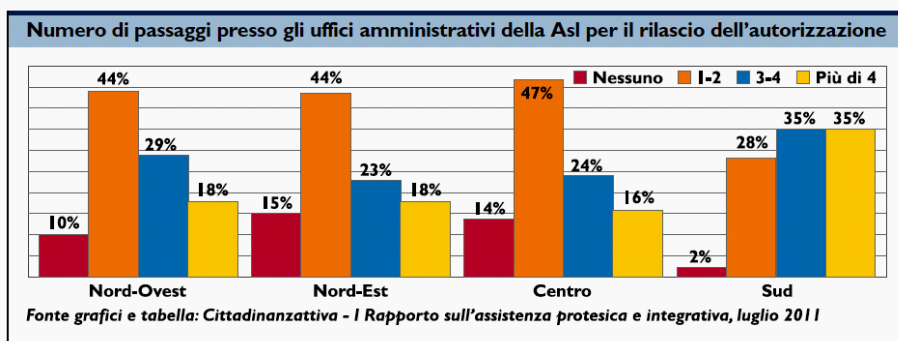
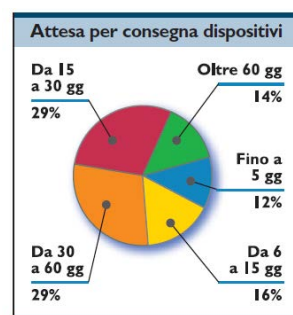
Il cittadino che ha bisogno, insomma, oltre a fare i conti con la propria disabilità, deve sottostare a passaggi burocratici macchinosi e a tempi ancora troppo lenti per un Paese che si definisce civile. Se la nonna ha bisogno di una carrozzi-

na, deve armarsi di pazienza e aspettare almeno due mesi dalla richiesta, per la quale sono necessari plurimi passaggi presso Asl o fornitori, a seconda dei casi. Per un letto attrezzato, l'attesa è di un mese circa dal rilascio autorizzazio-

ne. Nonostante tutto, l'80 per cento degli intervistati ha dichiarato di aver avuto tutte le informazioni in modo esaustivo e rapido. Resta però una fetta di cittadini che continua ad avere poco accesso alle regole della burocrazia e di loro bisogna tener conto, visto che si tratta di una persona disabile su cinque. Senza contare che per la gestione della pratica, la quasi totalità di chi ha bisogno deve fare affidamento su un parente o su un amico, quando non può occuparsene di persona. Solo una parte marginale di chi ha necessità di ausili trova l'appoggio di volontari o istituzioni in grado di espletare le pratiche burocratiche. In definitiva, però, il 70% del campione ritiene che complessivamente l'assistenza nei propri confronti sia stata

adeguatamente personalizzata da parte della Asl.

Cittadinanzattiva ha raccolto dati attraverso la compilazione di 212 questionari raccolti nei mesi di aprile e maggio 2011, grazie alla collaborazione di 12 associazioni, di cui dieci afferenti al Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici, Aism e Aislec e riguardano altrettanti cittadini residenti in 17 Regioni, equamente distribuite tra le diverse aree geografiche del Paese. La situazione che a livello nazionale si presenta a macchia di leopardo, è - senza sorprese - più difficile al Sud.



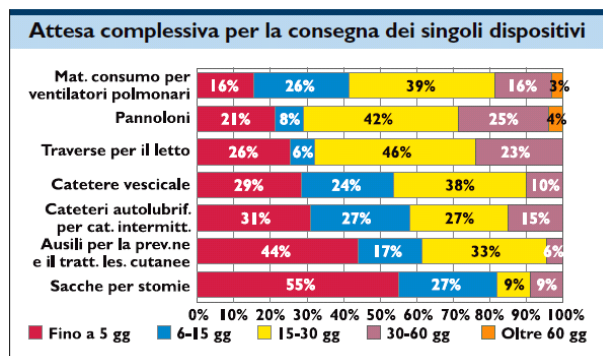
**Tempi lunghi.** Quasi come un gioco dell'oca, l'andirivieni burocratico può toccare molte caselle e senza la certezza di ottenere quanto richiesto in tempi brevi. Tuttavia, le cose vanno meno male del previsto a parere del 40% dei cittadini che per l'autorizzazione si sono recati solo un paio di volte presso gli uffici preposti, ma resta un 22% che ha dovuto effettuare addirittura più di quattro passaggi. E non parliamo di tutta l'Italia: al Sud sette cittadini su dieci vanno e vengono più di quattro volte prima di ottenere la carta "vincente". Farraginoso anche il meccanismo per il rinnovo dell'autorizzazione, per quasi il 40% il va e vieni dagli uffici è garantito almeno per 3-4 volte. E nell'attesa, ci si arrangia autonomamente sostenendo in proprio l'acquisto di pannolini o traverse, mettendo mano al portafogli. Il 25% dei cittadini, complessivamente considerati, ha dovuto sostenere dei costi per acquistare o noleggiare i dispositivi di cui aveva bisogno tempestivamente, e per i quali non poteva attendere i tempi della burocrazia. Ciò si verifica più spesso al Centro e le spese sostenute sono alle volte molto pesanti: si va dai 35 euro per il noleggio di una sedia a



SEGUE **L'APPROFONDIMENTO**



n. 29 del 26 luglio 2011



prescrizione emessa da uno specialista. Una catena di montaggio che non porta vantaggi ai cittadini, ma che allunga i tempi. Su questo le istituzioni sono chiamate a riflettere. Si legge nel report: «Il Nomenclatore è fermo al 1999 e quindi non è adatto né alle innovazioni tecnologiche né ai prezzi di mercato, con la conseguenza di non consentire facilmente

rotelle, o addirittura 6mila per una carrozzina elettrica verticalizzante. Ma il nodo dei costi a carico del cittadino riguarda anche l'aspetto delle carenze nelle forniture: per i dispositivi con fornitura periodica, il 24% dei cittadini ha dovuto accollarsi spese aggiuntive per integrarle.

**Libertà di scelta?** Cittadinanzattiva ha posto anche l'importante questione della consapevolezza delle scelte. Il 61% dei cittadini afferma di essere a conoscenza delle possibilità previste dal nomenclatore tariffario. In particolare, della libertà di scegliere un tipo o un modello di dispositivo non incluso ma riconducibile a quello prescritto, integrando l'eventuale differenza di prezzo. Il 38% dei rispondenti possiede informazioni complete sull'esistenza di dispositivi "in comodato d'uso" più innovativi rispetto a quelli che riceve dalla Asl. In questo senso, i cittadini e i loro assistenti si rivelano molto aggiornati sul livello di innovazione dei dispositivi che ricevono e su cui esprimono giudizi positivi (79%). Per il 9% i presidi ricevuti sono obsoleti.

**Uffici "passacarte".** Il Report evidenzia che per i cittadini gli uffici addetti alle protesi e ausili delle Asl sono dei "timbra carte" imposti dalla burocrazia. L'ingranaggio finale del meccanismo messo in moto dalla

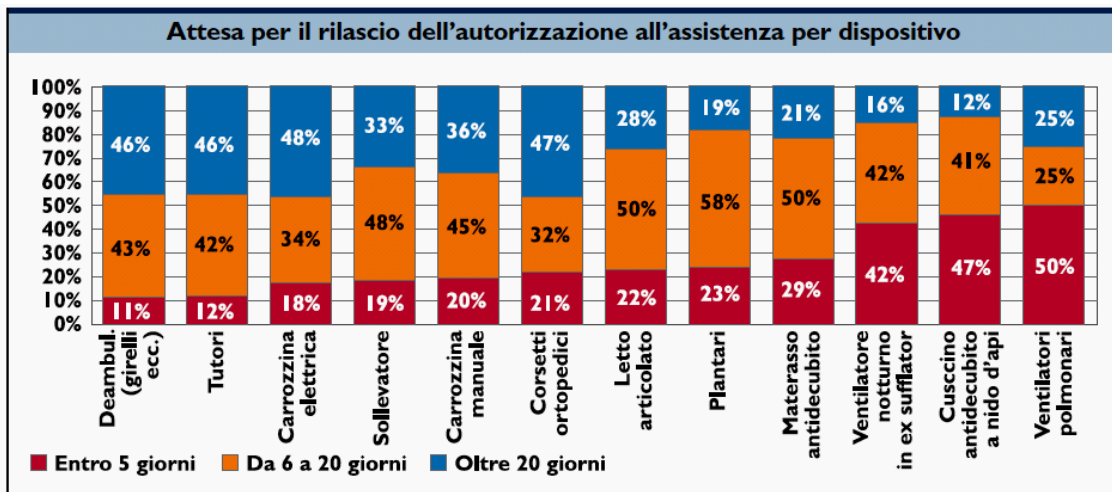
l'autorizzabilità di prodotti nuovi o di prevedere tariffe inadeguate».

Sul rapporto di Cittadinanzattiva è intervenuta Assobiomedica che ha richiesto al mondo politico: «Riforme strutturali per realizzare le prestazioni sul territorio garantendo appropriatezza e sostenibilità economica», ha spiegato il Dg **Fernanda Gellona**, «è necessaria una regolamentazione delle prestazioni di assistenza territoriale per garantire appropriatezza e qualità dei dispositivi e di pari passo un uso ottimizzato delle risorse. La politica dei tagli generalizzati tende a penalizzare primo fra tutti il cittadino e la politica degli acquisti centralizzati non fa che aggravare la situazione».

Lucilla Vazza

**Otto proposte per una nuova governance**

1. Porre al centro il cittadino, adottando la logica della presa in carico dei bisogni
2. Rivedere il nomenclatore e l'impostazione rigida della regolamentazione del settore, con aggiornamento e monitoraggio dei Lea per l'assistenza protesica e integrativa
3. Non scaricare sul cittadino i costi del mancato adeguamento del Nomenclatore
4. Realizzare un'omogeneizzazione e una semplificazione delle procedure per l'accesso e l'autorizzazione dei dispositivi
5. Aumentare la trasparenza del processo e dare garanzie ai cittadini
6. Rafforzare l'empowerment e la partecipazione dei cittadini e delle associazioni
7. Diffondere le buone pratiche e promuovere l'innovazione
8. Creare una logica di responsabilità e di rendicontazione nella filiera





## PAZIENTI MEGLIO PROTETTI DA DISPOSITIVI MEDICI DIFETTOSI O DI SCARSA QUALITÀ'

Migliaia di nuovi dispositivi medici entrano ogni anno nel mercato. Sono sicuri?

Per valutare al meglio la loro sicurezza e le prestazioni e quindi migliorare la protezione dei pazienti, fornire una base tecnica alla regolamentazione e ridurre al minimo gli ostacoli al commercio ci viene in aiuto una nuova norma tecnica.

L'utilizzo della UNI EN ISO 14155:2011 "Indagine clinica dei dispositivi medici per soggetti umani- Buona pratica clinica"- che sostituisce la UNI EN ISO 14155 parti 1 e 2 del 2009- permetterà infatti di migliorare la qualità dei dispositivi medici e incoraggerà i fabbricanti a garantire che i loro prodotti non compromettano la sicurezza del paziente.

In un rapporto del 2007 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiarava che negli Stati Uniti si verificano, ogni anno, più di un milione di incidenti attribuibili ai dispositivi medici e che, in alcuni paesi in via di sviluppo, all'incirca la metà delle apparecchiature mediche è inutilizzabi-

le o utilizzabile solo parzialmente.

La UNI EN ISO 14155:2011 tratta la buona pratica clinica per la progettazione, l'esecuzione, la registrazione e la dimostrazione delle indagini cliniche condotte su soggetti umani per valutare la sicurezza o le prestazioni dei dispositivi medici a fini regolamentari. La norma specifica i requisiti generali destinati a:

- proteggere i diritti, la sicurezza e il benessere delle persone;
- garantire la conduzione scientifica e la credibilità dei risultati dell'indagine clinica;
- definire le responsabilità degli sponsor e dei ricercatori;
- aiutare gli sponsor, i ricercatori, i comitati etici, le autorità di regolamentazione e gli altri organismi coinvolti nella valutazione della conformità dei dispositivi medici.

Sono circa 1,5 milioni i differenti dispositivi medici disponibili in tutto il mondo e migliaia di essi - nuovi e innovativi - sono introdotti nel mercato ogni anno.

A livello nazionale sono richieste diverse prove (che comprendono indagini cliniche su soggetti umani) prima che un dispositivo medico venga autorizzato per l'immissione sul mercato.

Questo processo può rivelarsi molto costoso se non viene effettuato secondo una corretta metodologia e costituire un ostacolo al commercio internazionale se non eseguito a un livello mondiale accettabile.

La UNI EN ISO 14155 permetterà di superare queste barriere e di rispondere alla domanda crescente di metodi normalizzati per la valutazione dei dispositivi medici disponibili sul mercato.

A livello nazionale è la commissione tecnica "Tecnologie biomediche e diagnostiche" che segue i lavori normativi in tema di dispositivi medici.

*da rivista  
"Unificazione & Certificazione"  
n. 6 - luglio/agosto 2011*



## NESSUN RIMPIANTO PER BOCCIATURA ORDINE DENTISTI

**DoctorNews33**  
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

Non sembra lasciare rimpianti tra gli odontoiatri l'abrogazione della norma che nel ddl Omnibus, appena varato dalla Camera, regalava loro un ordine distinto e autonomo rispetto a quello dei medici.

A cancellarlo con un tratto di penna, era stato martedì un emendamento targato Pd che l'aula ha approvato nonostante il parere contrario del Governo.

Ma per **Giuseppe Renzo**, presidente nazionale della Cao (Commissione dell'albo odontoiatri), va bene così. «La proposta di un ordine separato» spiega a Doctornews «non è mai partita da noi ma è frutto della politica, che aveva

raccolto desiderata espressi da ambienti della professione.

Il testo uscito dalla Camera, quindi ci soddisfa pienamente perché espressione più fedele delle nostre richieste di autonomia nel contesto già esistente della Federazione.

E ora, la sfida da affrontare è proprio quella di dare significato a questa autonomia attraverso decreti delegati che catalizzino un'ampia convergenza».

A tal fine, è già iniziato un confronto tra professione e dicastero della Salute che fa ben sperare per il cammino a venire: «Il Ministro Fazio ha già dimostrato ampia disponibilità a scrivere le nuove re-

gole con medici e odontoiatri» conferma Renzo «e di questo non posso che ringraziarlo così come un ringraziamento va anche al professor Garrone, che si è speso molto per questo.

Ora l'obiettivo è quello di arrivare ai decreti delegati entro l'autunno del prossimo anno».





## ATTENTI AGLI OCCHI! NUOVA EDIZIONE DELLA NORMA ISO SULLE LENTI A CONTATTO E SUI PRODOTTI PER LA LORO CURA

Le lenti a contatto sono ormai utilizzate in tutto il mondo da milioni di persone ed è per questo necessario che siano totalmente sicure e che non possano causare danni agli occhi. Attualmente nei diversi Paesi possono esserci regole differenti che possono creare confusione per i produttori, i fornitori e anche per gli utilizzatori.

Per armonizzare i requisiti delle lenti a contatto, dei prodotti per la loro cura e dei relativi accessori, l'ISO ha messo a punto la terza edizione della norma ISO 14534 "Optica oftalmica - Lenti a contatto e prodotti per la cura delle lenti a contatto - Requisiti fondamentali al fine di aggiornarla agli ultimi sviluppi tecnologici del settore.

La norma specifica i requisiti prestazionali e di sicurezza delle lenti a contatto così come i criteri per la valutazione dei rischi, le specifiche per la progettazione, i requisiti microbiologici, l'imballaggio, la conservazione, la data di scaden-



za e l'etichettatura. Secondo Imre Kovats, responsabile del progetto di norma, "oltre ai requisiti di base, la norma ISO 14534:2011 fa ampio riferimento a tutte le norme internazionali pertinenti: da quelle per la determinazione della durata del prodotto a quelle sulla specifica dei simboli medici.

Questo fa della norma uno strumento indispensabile per l'industria delle lenti a contatto. Il documento è inoltre utile per i legislatori che desiderano armonizzare i requisiti adattandoli alle migliori pratiche internazionali e che intendono promuovere il commercio mondiale. Infine per gli utilizzatori che trarranno beneficio dal fatto che le informazioni e i requisiti di questi prodotti siano chiari, semplici ed identici in tutto il mondo".

da rivista  
"Unificazione & Certificazione"  
n. 6 - luglio/agosto 2011

## RIFORMA DELLO SMALL BUSINESS ACT PER IL RILANCIO DELLE PMI



Creare una nuova impresa in massimo tre giorni e con 100 euro di spesa in tutti i Paesi UE entro il 2013. È questo uno degli ambiziosi obiettivi contenuti nella proposta di revisione dello Small Business Act, il quadro operativo strategico della Commissione europea creato nel 2008 a favore delle piccole e medie imprese (PMI).

E ancora: accesso al credito semplificato, applicazione da parte delle amministrazioni degli Stati membri del principio "solo una volta" in base al quale le aziende devono fornire una sola volta le informazioni richieste, una nuova strategia IVA intesa in particolare a ridurre gli ostacoli fiscali, sostegno nei mercati esterni, punti di contatto... Gli interventi previsti dalla proposta di revisione dello Small Business Act servono a costituire un quadro che favorisca lo sviluppo e la crescita del tessuto delle piccole e medie imprese nell'Unione europea, al fine di metterle nelle condizioni di essere più forti, competitive e innovative (a questo proposito veda la pagina "Le norme e le PMI").

Per la strategia "Europa 2020" e per l'economia europea è infatti di fondamentale importanza il contributo che possono dare le PMI. Qualche numero risulta più che mai emblematico: nell'intera UE 23 milioni di PMI muovono letteralmente l'economia europea, visto che rappresentano oltre il 99% del business, il 67% dell'occupazione del settore privato e il 58% del fatturato totale.

Tra il 2008 e il 2010 la Commissione e gli Stati membri hanno messo in atto, secondo gli indirizzi dello SBA (Small Business Act), iniziative atte a ridurre gli oneri amministrativi, a facilitare l'accesso delle PMI al credito e a favorire il loro accesso a nuovi mercati. Anche se la maggior parte delle iniziative previste dallo SBA sono ormai in fase di attuazione, appare chiaro che bisogna fare di più per sostenere le PMI, specie in un momento di conclamata difficoltà economica e finanziaria.

Il riesame dello Small Business Act prevede anche un controllo più stringente in merito alla sua concreta attuazione: una governance rafforzata, dunque, che veda le stesse organizzazioni imprenditoriali in prima linea.

da rivista  
"Unificazione & Certificazione"



## LA CAMERA APPROVA UN EMENDAMENTO SULLA CONFISCA DEI BENI AI DENTISTI ABUSIVI

La lotta contro i falsi dentisti si inasprisce. La commissione Affari sociali della Camera ha approvato l'emendamento che prevede la confisca dei beni utilizzati dai dentisti abusivi, inserendo un nuovo articolo nel disegno di legge delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie.

Lo rende noto l'Andi, l'Associazione nazionale dentisti italiani, che aveva richiesto con forza il via libera a questo emendamento. "Siamo molto soddisfatti - sottolinea in una nota il presidente nazionale Andi, **Gianfranco Prada** - perché siamo finalmente riusciti a ottenere una risposta concreta dal mondo politico verso il contrasto del reato di abusivismo professionale in campo sanitario".



Da sempre Andi sostiene la battaglia per la tutela della salute dei pazienti e di tutti i dentisti che lavorano nel rispetto delle regole, battaglia che recentemente si è concretizzata "grazie agli auspici del ministro della Giustizia Angelino Alfano, al sostegno verso le nostre istanze del Ministro della Salute Ferruccio Fazio e dei componenti della commissione Affari sociali della Camera che hanno presentato e sostenuto il nostro emendamento".

da MondoProfessionisti.eu  
di martedì, 26 luglio 2011



## RETISMED AL MEDICA 2011

In occasione della prossima manifestazione MEDICA 2011 a Düsseldorf, forum mondiale della sanità (in calendario dal 16 al 19 novembre prossimi), si presenterà, con un proprio stand collettivo la rete del medicale "Retismed" nata in Emilia Romagna su impulso di alcune aziende del settore medicale regionale.

Retismed si proporrà come nuova esperienza di aggregazione tra aziende del comparto medicale, con presentazione di prodotti di alcune imprese aderenti: Eurtronik (Bologna), Spazio Senza Limiti (Bologna) e Silfradent (Forlì) e materiali illustrativi di altre aziende quali Corazza (Bologna) e Minelli (Bologna) e della rete nella sua totalità.

La più grande manifestazione della sanità al mondo, MEDICA, è ormai un punto di incontro consolidato del management degli operatori grazie al suo elevato grado di internazionalità e al continuo orientamento della gamma tematica alle esigenze dei decision makers che svolgono attività nell'ambito dell'assistenza medico-sanitaria.

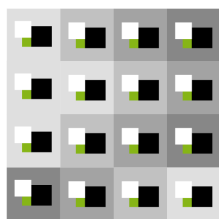
Il forum MEDICA TECH che quest'anno si ripresenterà di nuovo con innovazioni nell'ambito della tecnica medicale, sarà al centro dell'attenzione mostrando le prime esperienze nella prassi medica, quali ad esempio nel campo della diagnostica per immagini.

Altri parchi tematici ormai consolidati a MEDICA forniranno in modo approfondito le conoscenze e le relazioni di utilizzatori completamente orientati alla pratica: il forum MEDICA MEDIA (Telemedicina/IT medicale), il forum MEDICA VISION (forum di innovazione degli istituti di ricerca) e anche il forum MEDICA PHYSIO (Fisioterapia), si tratta pertanto di occasioni di approfondimento e confronto che consentiranno alle imprese regionali di Retismed una

relazione di grande livello con le principali linee di sviluppo della ricerca ed innovazione in questi campi.

Gli highlights tematici di MEDICA saranno: Elettromedicina/Tecnica medicale,

Tecnica di laboratorio/  
D i a g n o s t i c a ,  
Fisioterapia/Tecnica ortopedica, prodotti medici (articoli di prima necessità e di consumo), Tecnica di informazione e di comunicazione, mobili per uso medico nonché arredamenti d'interno, tecnica degli edifici per cliniche e studi medici.



**RETISMED**

Rete Medica per l'Innovazione

### MEDICA con un buon andamento di adesioni

Il buon andamento delle adesioni raggiunto sinora per MEDICA 2011, lascia presagire una partecipazione di circa 4.500 espositori e 116.000 metri quadrati di superficie affittata, che rispetto all'anno precedente registra un nuovo segno positivo.

World Forum  
for Medicine

16 - 19 Nov 2011  
Düsseldorf - Germany

Altro elemento importante di MEDICA 2011, che è una tradizione ormai consolidata, sarà il congresso MEDICA che, grazie alle diverse migliaia di partecipanti, è il più grande forum medico interdisciplinare di aggiornamento in Germania.

Nella sua singolare combinazione, MEDICA e COMPAMED rappresentano l'intera catena di processo vantando un'offerta completa di prodotti, apparecchiature e strumenti medici. Le manifestazioni occupano congiuntamente la superficie completa del comprensorio fieristico.



## RIMBORSATA SENZA LIMITI TERAPIA DEGENERAZIONE MACULARE

Tutti i malati di degenerazione maculare senile, indipendentemente dai decimi, avranno accesso alle cure rimborsate dal Ssn.



L'obiettivo di rimuovere il limite dei due decimi è stato raggiunto dalla campagna "Ho meno di due decimi... cura anche me!" lanciata da "Per Vedere Fatti Vedere onlus" fondata dalla Società oftalmologica italiana.

I circa 300.000 pazienti italiani colpiti dalla patologia ma con una visione che permette loro di essere autonomi e autosufficienti poi possono sottoporsi ai trattamenti con iniezioni intravitreali, per il mantenimento del residuo visivo.

La trattativa, spiega un comunicato della onlus, condotte dalla Soi con le Istituzioni sono proseguite per due anni, con messaggi di protesta inviati ad Aifa, Ministero della Salute, in copia al Presidente Giorgio Napolitano, spediti non solo da pazienti italiani ma anche dalle associazioni di maculopatici di tutto il mondo membri della Amd Alliance.

«C'è stata una vera mobilitazione a livello nazionale e internazionale» sottolinea **Tiziana Fattori**, direttore generale della onlus «in Italia, la copertura da parte del Ssn per le iniezioni intravitreali, unica terapia disponibile in grado di contenere l'evolversi della malattia, veniva garantita solo ai pazienti con un visus superiore ai due decimi.

Questa limitazione impediva di fatto proprio a chi ne ha più bisogno l'accesso alle cure. Per chi è al limite dei due decimi, poter conservare il residuo visivo significa mantenere una vita autonoma e dignitosa e pertanto solo chi era ricco, e poteva permettersi le costose terapie, proseguiva privatamente le cure.

Gli altri erano costretti a interromperle e quindi a perdere il residuo visivo, fino alla cecità».

DoctorNews33  
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO



## NUOVI TICKET SANITARI: TUTTE LE NOVITA'

Da lunedì 29 agosto 2011 l'Emilia Romagna ha cambiato le proprie regole in materia di ticket per acquisto farmaci e prestazioni sanitarie.

Aniché optare per l'aumento indiscriminato già previsto a livello governativo (10 euro in più per ogni prestazione e per ogni cittadino) la Regione ha preferito un discrimine reddituale per stabilire coloro che debbono pagare di più.

Le fasce di reddito stabilite a livello regionale sono tre:

- da 0 a 36.152 euro;
- da 36.153 a 70.000 euro;
- da 70.001 a 100.000 euro.

I dati dell'autocertificazione saranno registrati nell'anagrafe sanitaria con il relativo codice di fascia di reddito, che a

regime sarà automaticamente riportato in ogni prescrizione. In fase di avvio, tale codice potrà essere riportato manualmente su ogni ricetta, nell'apposito spazio previsto per le esenzioni, dallo stesso cittadino.

Ma con le nuove regole, quanto paghiamo?

### PER I FARMACI

REDDITO FAMILIARE LORDO	TICKET
da 0 a 36.152 euro	<b>0 euro</b>
da 36.153 a 70.000 euro	<b>1 euro a confezione, fino a un massimo di 2 euro per ricetta</b>
da 70.001 a 100.000 euro	<b>2 euro a confezione, fino a 4 euro per ricetta</b>
oltre 100.000 euro	<b>3 euro a confezione, fino a un massimo di 6 euro per ricetta</b>

Per le **VISITE SPECIALISTICHE** il ticket aumenta di 5 euro.

Il reddito familiare lordo - cioè la base di calcolo dei nuovi ticket - è formata dal cumulo dei redditi del dichiarante con quello del coniuge non legalmente ed effettivamente separato e dei famigliari a carico, al lordo dell'abitazione principale e delle detrazioni fiscali, sia di lavoro dipendente che famigliari.



## RIORDINO DELLE FARMACIE IN CERCA DI MEDIAZIONE

No» alla creazione di una lista di Otc vendibili senza farmacista; «sì» all'apertura della dispensazione dei farmaci di fascia C su ricetta, non rimborsabili dal Ssn da parte delle parafarmacie, assoggettando però anche gli esercizi di vicinato alla rete di tracciabilità e controllo che attiene agli esercizi farmaceutici; «no» al trasferimento della concessione per via successoria; «no» al limite massimo delle 12 ore d'apertura giornaliera della farmacia; «no» all'obbligo di riportare in farmacia per la distribuzione per conto i prodotti papabili per la distribuzione diretta da parte delle strutture del Ssn.

Sono questi alcuni degli emendamenti targati Pd che hanno tenuto banco martedì scorso in commissione Igiene e Sanità al Senato, alla ripresa dell'esame in sede referente del Ddl 863 (Gasparri e altri) capostipite delle proposte di riordino dell'esercizio farmaceutico - dieci in tutto quelle all'ordine del giorno - scelto dalla XII come testo base per la prosecuzione dell'iter.

Il Ddl - che risale al 2008 - punta a risolvere la diatriba sul ruolo di farmacie e parafarmacie ed è significativa l'accelerazione in sede referente - dove al termine della seduta sono stati dati

per illustrati tutti gli emendamenti proposti - proprio mentre ferve il confronto all'interno della categoria dei titolari di farmacia sui paletti di cui accettare lo smantellamento in vista dell'apertura delle trattative sul rinnovo della convenzione con il Ssn.

Proprio per non interferire con l'iter del Ddl in itinere, la XII commissione ha proposto un emendamento che prevede la cancellazione delle norme sui nuovi servizi in farmacia oggetto dell'articolo 12 del Ddl Omnibus, AC 4274-A, del Ministro della Salute, Fazio, attualmente all'esame dell'assemblea di Montecitorio (v. articolo in questa pagina).

È tuttavia difficile prevedere una navigazione tranquilla del provvedimento visti i contenuti che sembrano decisamente cozzare con le spinte liberalizzatrici riemerse con veemenza durante l'esame della manovra bis.

Tra i punti qualificanti del Ddl figura infatti, tra l'altro, la stesura di un elenco di farmaci vendibili senza la presenza del farmacista, il trasferimento della concessione per l'apertura delle farmacie per atto tra vivi, donazione o successione, la titolarità a persone fisiche o

giuridiche, l'indizione di un concorso straordinario per tutte le sedi già previste in pianta organica con una corsia preferenziale per i titolari o direttori di parafarmacie, la trasformazione di tutti i dispensari in presidi e così via.

Norme, insomma, che serrano i ranghi piuttosto che allentarli, il cui esame sembra destinato a procurare ancora qualche dispiacere alla XII che martedì si è trovata anche ad affrontare l'ipotesi di un eventuale conflitto d'interessi del relatore, Luigi D'Ambrosio Lettieri (Pdl), presidente dell'Ordine dei farmacisti di Bari, vistosi accusare da notizie di stampa di attività lobbistiche e protezione di interessi corporativi.

Accuse respinte al mittente dal senatore pugliese che ha tuttavia invitato i colleghi a valutare l'opportunità di una sua rinuncia all'incarico di relatore.

Non essendovi stata nessuna richiesta esplicita in tal senso, però, Lettieri è rimasto al suo posto anche su invito del presidente Antonio Tomassini (Pdl) e il Ddl farmacie si avvia a vivere un'altra settimana di iter difficile all'insegna della mediazione.

S.Tod.

24 ORE  
**Sanità**

n. 36 del 26 settembre 2011





## FRENA LA SPESA E CALA IL DEFICIT MA C'È ANCORA "CATTIVA GESTIONE" SOPRATTUTTO PER LA CARENZA DI CONTROLLI

\*\*\***24 ORE**  
**Sanità**

n. 26 del 5 luglio 2011

**CORTE DEI CONTI/ Rendiconto generale dello Stato 2010 - Migliorano i conti di Asl e ospedali**

La spesa sanitaria frena e il disavanzo si riduce, soprattutto grazie agli effetti benefici dei piani di rientro, ma nella Sanità c'è ancora una piaga da arrestare: il "malaffare", perché quello sanitario «è il settore nel quale si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattive gestioni talvolta favorite dalle carenze del sistema dei controlli». L'analisi è quella che la Corte dei conti fa nella relazione sul rendiconto generale dello Stato 2010 che entra anche nel merito degli effetti delle manovre di conten-

imento: «I tagli alla spesa pubblica per ridurre il debito non devono penalizzare la ripresa economica, e bisogna quindi cercare un «difficile punto di equilibrio».

Nell'attuale quadro congiunturale i vincoli imposti dalla nuova governance europea impongono di ricercare un difficile punto di equilibrio tra riduzione del debito pubblico e ritorno alla crescita economica».

In questa ottica la corretta allocazione delle risorse pubbliche è fondamentale, così come è fondamentale che l'attività di programmazione sia correttamente condotta. È necessario che, sia a livello centrale sia a livello locale, l'obiettivo di riduzione della spesa pubblica non de-

termini una dequalificazione della spesa stessa, considerato che l'obiettivo della crescita deve essere parimenti conseguito.

Basta con l'eccesso di «esenzioni e agevolazioni» convengono i magistrati, che però ammoniscono: «L'area d'intervento per allargare la base imponibile è molto più circoscritta di quanto appare a prima vista».

### La spesa sanitaria.

Rispetto alle spese della Pa, secondo la Corte un andamento complessivamente migliore delle previsioni è quello che ha caratterizzato il consuntivo 2010 della spesa sanitaria.

Regioni	2010	2009	Differenza	
			+/-	%
Lombardia	17.734,38	17.201,28	533,097	3,1
Lazio	11.171,78	11.315,32	-143,536	-1,3
Campania	9.990,82	10.157,04	-166,222	-1,6
Veneto	8.853,66	8.641,71	211,952	2,5
Sicilia	8.521,74	8.393,19	128,549	1,5
Piemonte	8.459,59	8.346,13	113,466	1,4
Emilia R.	8.405,24	8.269,56	135,679	1,6
Puglia	7.235,54	7.144,01	91,536	1,3
Toscana	7.081,70	7.116,82	-35,125	-0,5
Calabria	3.427,81	3.506,69	-78,878	-2,2
Liguria	3.244,50	3.271,76	-27,267	-0,8
Sardegna	3.062,90	3.051,05	11,849	0,4
Marche	2.805,80	2.736,62	69,18	2,5
Friuli V. G.	2.464,92	2.410,29	54,624	2,3
Abruzzo	2.337,74	2.344,890	-7,152	-0,3
Umbria	1.625,83	1.615,92	9,915	0,6
Bolzano	1.102,87	1.064,60	38,271	3,6
Trento	1.091,02	1.062,48	28,542	2,7
Basilicata	1.051,99	1.035,08	16,913	1,6
Molise	657,922	664,844	-6,922	-1
Valle d'Aosta	277,355	263,794	13,561	5,1
<b>Totale regioni</b>	<b>110.605,08</b>	<b>109.613,05</b>	<b>992,032</b>	<b>0,9</b>

	2010	2009	Differenza	
			+/-	%
<b>Spesa sanitaria delle Regioni e Province autonome</b>				
Personale	36,618	36,176	0,442	1,2
Beni e servizi	32,911	32,846	0,065	0,2
Farmaceutica convenzionata	10,936	10,999	-0,063	-0,6
Ospedaliera accreditata	8,992	8,826	0,166	1,9
Medicina generale e convenzionata	6,539	6,361	0,178	2,8
Altra assistenza convenz. e accreditata	6,296	5,985	0,31	5,2
Specialistica convenz. e accreditata	4,326	4,078	0,248	6,1
Riabilitativa accreditata	1,971	1,978	-0,007	-0,4
Integrativa e protesica convenz. e accr.	1,869	1,867	0,002	0,1
Saldo gestione straordinaria	0,028	0,362	-0,334	
Saldo intramoenia	-0,074	-0,06	-0,014	
Mobilità verso Bambino Gesù	0,16	0,16	0,0	0,0
Mobilità verso Smom	0,034	0,034	0,0	0,0
<b>Totale Regioni e Province autonome</b>	<b>110,605</b>	<b>109,613</b>	<b>0,992</b>	<b>0,9</b>
<b>Spesa sanitaria degli enti finanziati direttamente dallo Stato</b>				
Altri Enti finanziati con il Fsn	0,563	0,606	-0,043	
<b>Totale generale</b>	<b>111,168</b>	<b>110,219</b>	<b>0,949</b>	<b>0,9</b>

(\*) Per spesa del Ssn si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (ricavi straordinari e costi straordinari, costi stimati per accantonamenti e variazioni delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia

### Per informazioni



Emilia Romagna  
CNA Benessere e Sanità

**Daniele Dondarini**  
Responsabile CNA Benessere e Sanità Emilia Romagna  
Via Rimini, 7—40128 Bologna  
tel. 051/21.33.124—Fax 051/21.33.330  
E-mail: [benesseresanita@cnaemiliaromagna.it](mailto:benesseresanita@cnaemiliaromagna.it)  
[www.cnaemiliaromagna.it](http://www.cnaemiliaromagna.it)



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento