

Numero 6, novembre 2011



CHI C'E' DIETRO AL TUO SORRISO?

Sommario:

Chi c'è dietro al tuo sorriso?	1
Biomedicali, voglia di sviluppo	2
Retismed al Medica 2011	3
Ordini promotori della concorrenza	4
Fatture Ssn, crescono i ritardi	5
L'approfondimento	6
Il rilascio di nichel da oggetti in contatto con la pelle	
Oftalmologia, più prevenzione	8
Pagamenti in ritardo, interviene la CdP	9
Dal fisioterapista al logopedista, l'occupazione sfiora il 100%	10
Fisioterapisti solo se "originali"	10
Come ti riconquisti il paziente	11

Una campagna per tutelare la professionalità degli odontotecnici e la salute dei cittadini

Tutti i rischi del così detto "turismo dentale" e di un mercato drogato dall'abusivismo di operatori dequalificati

La concorrenza, non sempre corretta da parte degli operatori dei mercati dell'est Europeo e dell'Estremo Oriente, unite alle difficoltà che quotidianamente gli odontotecnici si trovano a dover affrontare, hanno spinto CNA-SNO Unione Benessere e Sanità, Fenaodi Confartigianato, ANTLO e CIO Confesercenti dell'Emilia Romagna, che rappresentano la totalità della categoria in regione, a potenziare l'azione verso i propri associati, costituendo un Coordinamento unitario a livello regionale.

L'obiettivo è quello di sensibilizzare la cittadinanza, affinché la professionalità dei nostri odontotecnici che continua ad essere sinonimo di eccellenza nel mondo, possa trovare anche in Italia, i riconoscimenti che merita perché "dietro il sorriso di tante persone, c'è proprio la grande competenza e capacità dell'odontotecnico".

Le Organizzazioni di categoria intendono sensibilizzare la cittadinanza sui rischi che si nascondono dietro il così detto "turismo dentale" all'estero e nell'abusivismo che, non è fatto solo di operatori senza titolo che forniscono dispositivi protesici, ma anche di operatori stranieri che fanno uso di materiali scadenti e non in regola

con i severi parametri dell'Unione Europea; c'è di mezzo la salute, oltreché il sorriso di tanti cittadini.

L'imperante verbo del risparmio ad ogni costo, fornisce opportunità anche ad operatori dequalificati, mentre il profilo professionale dell'odontotecnico italiano è ancora inchiodato ad un Regio Decreto del 1928.

Tutto questo, unito alla crisi in atto, ha portato in poco più di 10 anni alla chiusura di molte aziende, oltreché a creare un mercato "drogato" e a rischio per i cittadini.

Per illustrare le iniziative e i contenuti della campagna "Chi c'è dietro al tuo sorriso?" rivolta a tutelare la professionalità degli odontotecnici e la salute dei cittadini, il Coordinamento regionale odontotecnici ha indetto un Conferenza Stampa che si terrà:

**Mercoledì 14 Dicembre 2011
alle ore 11.30**

**presso la Torre CNA a Bologna in
Viale Aldo Moro, 22
Sala Gagliani**



FNO



SNO

**FEDERBIOMEDICA
CONFESERCENTI**



Fe.Na.Od.I.



Nasce l'Osservatorio permanente Assobiomedica sulla «Produzione e ricerca»

BIOMEDICALI, VOGLIA DI SVILUPPO

***VALORE
Sanità

n. 42 del 8 novembre 2011

Settore vitale ma serve investire - Ritardi di pagamento: 45% di imprese in crisi

Oltre 700 imprese produttrici di cui il 90% "micro" o "piccole"; un mercato da 8,6 miliardi di cui il 73% (6,3 miliardi) con il servizio pubblico; esportazioni che valgono 5,1 miliardi; investimenti in R&S da circa 460 milioni. È il settore dei biomedicali che ha necessità come il farmaco di un rilancio fatto di investimenti e sviluppo, secondo Assobiomedica, l'associazione delle aziende produttrici. Che ha promosso la realizzazione di un Osservatorio permanente sulla «Produzione e ricerca in Italia» nel comparto dei dispositivi medici per elaborare proposte di policy e promuovere gli investimenti industriali, creando le migliori condizioni per lo sviluppo di queste tecnologie, la cui nascita è stata ufficializzata in occasione della seconda Conferenza nazionale sulla Ricerca sanitaria, a Cernobbio martedì 8 novembre.

In questa occasione è stata presentata da Carlo Castellano, vice-presidente di Assobiomedica, la prima ricerca sul settore delle tecnologie medico-sanitarie, ovviamente farmaci esclusi.

Le imprese. Quasi il 90% di quelle censite sono micro-/piccole imprese, con un fatturato cioè che parte da meno di 2 milioni e di 10 occupati fino ai 10 milioni e ai 49 occupati.

	Milioni €	%
Mercato nazionale dispositivi medici	8.600	100
di cui		
• domanda pubblica (1)		73
• domanda privata		27
Importazioni (2)	6.900	
produzione per il mercato nazionale	1.700	
esportazioni	5.100	
Produzione totale	6.800	
Investimenti industriali in R&S	460	
R&S su produzione nazionale		6,8
Investimenti indagini cliniche	180	
Totale investimenti	640	
Saldo bilancia commerciale	-1.800	
Importazioni/mercato nazionale		80
Esportazioni/produzione totale		75

Fonte: Centro studi Assobiomedica (2011);
(1) elab. Centro studi Assobiomedica su dati enti sanitari 2009 (2011);
(2) elab. Intesa San Paolo su dati Istat 2009 (2011)

Le imprese di produzione, compresi i sub-fornitori (92), sono complessivamente 700. Di queste le multinazionali rappresentano il 15% e sono concentrate nelle Regioni del Nord (77%

contro il 20% delle Regioni del Centro e il restante 3-4% di quelle del Sud e insulari). Il 13% è rappresentato da aziende che producono componenti per conto di terzi e che hanno una localizzazione nel Paese quasi sovrapponibile a quella delle multinazionali (98% nelle Regioni del Nord e del Centro e soltanto 2% in quelle del Sud e insulari).

Le Regioni a maggior concentrazione di imprese di produzione del settore sono Lombardia, Emilia Romagna, e Veneto. Seguono Lazio e Toscana.

Il panorama internazionale. I brevetti italiani nelle tecnologie mediche ed elettromedicali sono una quota significativa di quelli mondiali, leggermente superiore a quella dei prodotti farmaceutici. L'Italia come titolare di brevetti è al 15° posto e quale inventore di brevetti, al 14°.

La quota sulle esportazioni mondiali è stabile (inferiore al livello complessivo) ed è maggiore nel campo degli strumenti: nel 2010 era il 12° esportatore.

Le esportazioni sono ridotte verso i Paesi "grandi acquirenti" (Usa, Germania e Cina, che ha comunque fortemente incrementato le importazioni negli ultimi anni), ma all'opposto va bene in molte aree "vicine" come Africa ed Eu-

	N. aziende	Fatturato (mln €)	Dipendenti
Totale aziende censite	2.567	16.237	51.177
di cui:			
• Produttori	608	5.721	24.724
• Sub-fornitori (1)	92	662	4.535
• Imprese di servizi e commerciali (2)	1.867	9.854	21.918

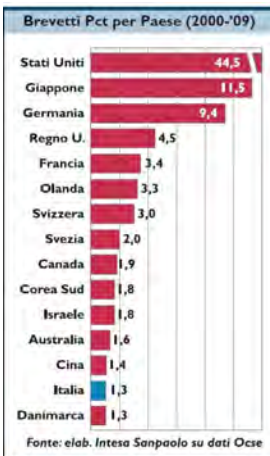
Note: I dati di fatturato si riferiscono al mercato italiano
(1) Non è stato possibile distinguere con esattezza tra produttori diretti e sub-fornitori: infatti, diversi produttori diretti sono altresì sub-fornitori di altri produttori, e viceversa
(2) Compresi i rivenditori locali
Fonte: elaborazioni Centro studi Assobiomedica su dati Orbis Tm 2009 (2011)

ropa dell'Est. Dal punto di vista delle importazioni mondiali invece l'Italia, secondo lo studio di Assobiomedica, è il 9° mercato a livello mondiale, con un saldo nettamente negativo (-1,8 miliardi).

«Il quadro internazionale - ha concluso Castellano - mostra che il comparto è vitale: tra quelli high-tech offre un approdo a processi di innovazione provenienti da innumerevoli altri comparti industriali, e soprattutto è ad alto potenziale di sviluppo nei prossimi decenni. Il settore può dunque assolvere un ruolo strategico nel qualificare il nostro Paese nella divisione internazionale del lavoro. L'attuale posizionamento dell'Italia però - commenta il vicepresidente - non è all'altezza delle potenzialità del Paese, in termini di competenze ed eccellenze presenti nel sistema sanitario. Occorre valorizzare i punti di forza ».

E anche ridurre gli appesantimenti che oggi penalizzano lo sviluppo, come ha sottolineato a Cernobbio il direttore del Centro studi di Assobiomedica, Paolo Gazzaniga. Secondo la sua analisi 607 delle 700 aziende di produzione, l'87%, sono concentrate in 6 Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Toscana e Veneto) e 356 aziende su 700, il 51%, sono comprese in sole 6 Province: Milano, Modena, Bologna, Roma, Firenze e Padova.

I problemi invece si concentrano soprattutto su due aspetti. Il primo è lo scarso accesso a finanziamenti pubblici tra il 2008 e il 2010 per investimenti in ricerca, innovazione di prodotto/processo, ristrutturazione, sistemi informatici ecc. Le piccole imprese - la



	A - Buona liquidità	B - Sufficiente liquidità	C - Bassa liquidità	D - Alto rischio crisi	C + D
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-
Piemonte	40,0%	17,0%	25,0%	18,0%	43,0%
Liguria	52,5%	18,6%	18,6%	10,2%	28,8%
Lombardia	34,6%	20,0%	23,2%	22,2%	45,3%
Trentino A.A.	37,5%	16,7%	25,0%	20,8%	45,8%
Veneto	44,6%	19,5%	20,3%	15,6%	35,9%
Friuli V.G.	52,9%	21,6%	11,8%	13,7%	25,5%
Emilia R.	32,2%	25,0%	23,9%	18,8%	42,8%
Toscana	33,8%	23,1%	24,6%	18,5%	43,1%
Marche	51,4%	10,8%	18,9%	18,9%	37,8%
Umbria	44,0%	16,0%	20,0%	20,0%	40,0%
Abruzzo	34,2%	23,7%	18,4%	23,7%	42,1%
Molise	-	-	-	-	-
Lazio	26,1%	19,8%	31,8%	22,3%	54,1%
Campania	21,0%	21,7%	36,2%	21,0%	57,2%
Basilicata	27,3%	18,2%	18,2%	36,4%	54,5%
Puglia	31,3%	22,9%	30,1%	15,7%	45,8%
Calabria	20,0%	36,7%	30,0%	13,3%	43,3%
Sicilia	23,1%	21,3%	32,4%	23,1%	55,6%
Sardegna	32,6%	18,6%	25,6%	23,3%	48,8%
Italia	34,0%	20,9%	25,3%	19,9%	45,1%

Fonte: elaborazioni Centro studi Assobiomedica su dati Orbis Tm 2009 (2011)

(Continua a pagina 3)

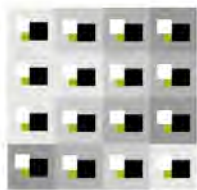
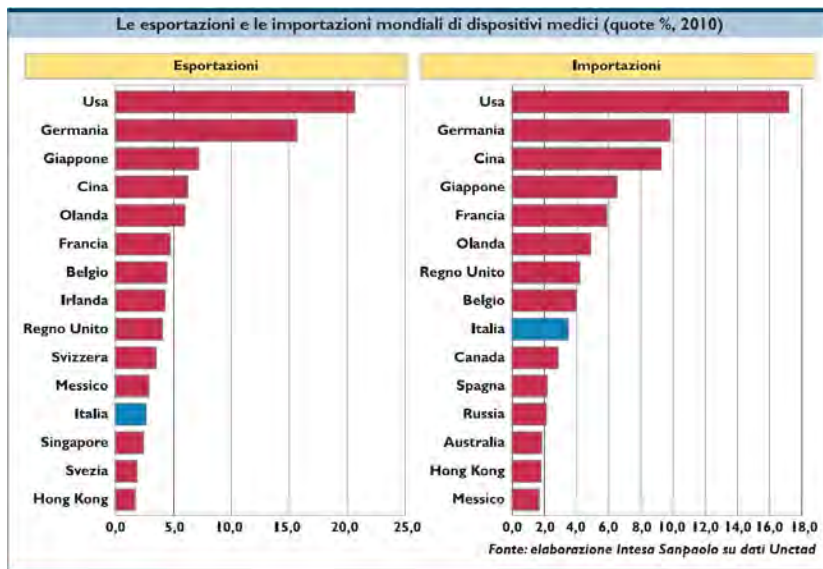
maggioranza - che hanno goduto di questi finanziamenti sono solo il 26% e il 35% solo "in via sporadica". Le ragioni sono riconducibili secondo Gazzaniga a precedenti esperienze non positive da parte delle imprese (soldi che finiscono subito, finanziamenti ottenuti ma a distanza di anni non effettivamente ricevuti, procedure complicate anche a fronte di finanziamenti modesti); al fatto che alla gran parte delle imprese, soprattutto quelle più piccole, l'informazione arriva tardi o in modo poco chiaro e non sanno a chi rivolgersi per chiarimenti e indicazioni precise in tempi utili; all'imprevedibilità di tali opportunità per cui non è possibile farvi affidamento in fase di pianifi-

cazione aziendale degli investimenti (per la R&S è almeno triennale), e alla loro caratteristica di essere "una tantum" (stop and go).

Il secondo aspetto problematico è quello

"tradizionale" delle imprese del biomedicale: i ritardi di pagamento. Sempre in crescita nell'ultimo anno (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 40/2011) i ritardi hanno creato in quasi un'impresa su due (45,1%) problemi di liquidità e di queste il 19,9% è ad alto rischio di crisi. La situazione locale parla chiaro secondo Gazzaniga: i rischi maggiori sono al Centro- Sud, con oltre il 57% di imprese in bilico in Campania, quasi il 56% in Sicilia e oltre il 54 per cento a rischio in Basilicata e nel Lazio.

P.D.B.



RETISMED

Rete Medica per l'Innovazione

RETISMED AL MEDICA 2011

RetisMed ha partecipato alla prestigiosa manifestazione fieristica internazionale "Medica 2011" che si è svolta in Germania, a Dusseldorf, dal 16 al 19 novembre scorso.

Hanno esposto nello stand istituzionale le aziende: **Corazza srl, Eurtronik Studioerre srl, Minelli Utensili srl, Silfrudent srl, Spazio senza Limiti srl.**

Tra gli obiettivi della Rete di imprese, così come definito nel regolamento di rete sottoscritto a tutt'oggi da nove aziende del settore medicale con sede in Emilia Romagna, si prevedeva anche la partecipazione a fiere del settore sviluppando progetti ad assetti variabili e, quindi, con il coinvolgimento delle sole imprese interessate alla singola manifestazione; pertanto, a questa fiera, hanno partecipato, prevalentemente, le imprese che hanno un reale interesse nel campo delle apparecchiature mediche e biomedicali e quelle attive nella produzione e sviluppo di ausili per disabili.

Obiettivo primario, era attivare una prima esperienza internazionale per raccogliere spunti e modalità su come potesse essere percepita una rete che offre un portafoglio prodotti così complesso ed articolato in un mercato così eterogeneo come quello del medicale. Obiettivo secondario, era valutare se la strategia di approccio ai mercati internazionali, definita dalla rete, fosse adeguata alle richieste del mercato internazionale, attento alle innovazioni di prodotto e servizio e ricco di diverse tipologie di partnership, filiere specializzate ed aggregazioni di imprese in genere.

Gli obiettivi iniziali sono stati ampiamente raggiunti tanto che lo stand RetisMed ha riscosso un grande successo in termini di interesse di buyer internazionali che hanno valutato positivamente l'iniziativa. Il valore innovativo dei prodotti esposti e delle imprese associate alla rete hanno incontrato l'attenzione dei visitatori generando l'ampia e piena soddisfazione delle aziende espositrici.

Le imprese della rete hanno, inoltre, valorizzato la loro partecipazione all'evento fieristico confrontandosi con le altre imprese espositrici su obiettivi di sviluppo strategico per identificare le nuove traiettorie per l'innovazione di

prodotto e servizio e per individuare nuove possibilità per l'attivazione di sinergie di mercato e tecnologiche.

Oggi le imprese stanno lavorando per consolidare i contatti realizzati nelle intense giornate fieristiche, con l'obiettivo di avviare nuove ed importanti collaborazioni e per aprirsi verso altri mercati mai indagati precedentemente o, comunque, non indagati con la logica delle reti di impresa e quindi dell'abbinamento di prodotti e servizi diversi, riconducibili ad aree diverse del medicale ma, in un certo senso complementari nella visione della grande distribuzione internazionale.

Prossimo appuntamento fieristico a cui parteciperà la rete sarà EXPOSANITA' 2012 che si terrà a Bologna dal 16 al 19 maggio 2012. Si tratta di un nuovo appuntamento per verificare lo stato di avanzamento delle attività di sviluppo commerciale e tecnologico della rete e per consolidare i contatti già in essere.



ORDINI PROMOTORI DELLA CONCORRENZA

*****VALORE*****
Sanità

n. 37 del 4 ottobre 2011

Compito difficile e ingrato quello che il legislatore della recente manovra-bis (legge 148/2011) ha deciso di affidare agli ordini professionali in materia di pubblicità e concorrenza tra i professionisti.

È noto infatti che la liberalizzazione della pubblicità dei professionisti è iniziata 5 anni fa con la legge 248/2006, il c.d. "decreto Bersani", con cui il legislatore - rispondendo a forti spinte comunitarie - ha deciso di sottoporre ai soli criteri di trasparenza e veridicità la valutazione della pubblicità professionale, chiedendo agli ordini di procedere ad adeguare i loro codici professionali alla nuova liberalizzazione e prevedendo espressamente il mantenimento di un potere di verifica in capo agli ordini stessi.

È poi innegabile che in questi anni l'applicazione della nuova disciplina è stata fortemente "osteggiata" dagli ordini professionali, che l'hanno vissuta come una minaccia.

Su questo terreno già irto di ostacoli applicativi, arriva come una scure il legislatore della manovra-bis che spinge l'asticella ancora più avanti. E non di poco.

Il criterio: ampliare la scelta dei cittadini

L'articolo 3 al comma 5 infatti così sancisce: «Gli ordinamenti professionali devono garantire che l'esercizio dell'attività risponda senza eccezioni ai principi di libera concorrenza ... alla differenziazione e libertà di offerta che garantisca l'effettiva possibilità di scelta degli utenti nell'ambito della più ampia informazione relati-

vamente ai servizi offerti». Sempre l'articolo 3, comma 5 lettera g) stabilisce che: «La pubblicità informativa, con ogni mezzo, avente a oggetto l'attività professionale... è libera. ... Le informazioni devono essere trasparenti, veritiere, corrette e non devono essere equivocate, ingannevoli, denigratorie». Si ribadiscono quindi i principi già sanciti con il decreto Bersani, chiarendo non solo la piena libertà di fare pubblicità, ma stabilendo altresì che è ammissibile ogni mezzo.

Stavolta il legislatore ha fatto un notevole passo avanti.

Non solo infatti invita gli ordini a valutare la pubblicità (come previsto nel decreto Bersani), ma addirittura li chiama, in prima persona, a modificare i loro "ordinamenti" (tutti, non solo i codici deontologici) con la finalità di assicurare, senza peraltro poter porre alcuna eccezione, l'applicazione dei principi di libera concorrenza, da intendersi come principi nazionali (art. 2598 cc) e principi comunitari (art. 101 Trattato Ue); e ancora a garantire altresì la più "ampia informazione" in maniera da assicurare la più vasta possibilità di scelta in capo al cittadino.

In sostanza gli ordini stessi - che sono enti pubblici - diventano soggetti "promotori" e "garanti" dei principi di concorrenza.

È la prima volta, in Italia, che il legislatore riconosce, in maniera così palese e incontrovertibile, che i principi della concorrenza fanno parte integrante del sistema professionale. Ed è la prima volta che l'(ardua) attuazione di tali principi diventa parte integrante dei compiti istituzionali degli ordini professionali.

Si potrebbero scrivere fiumi di parole su tale scelta legislativa, sulla effettiva rilevanza o meno di un sistema di concorrenza in ambito professionale, su questo modo un po' schizofrenico di legiferare, sulla scollatura tra il "sentire" delle professioni, la deontologia che le stesse si danno e un dettato legislativo che risponde più a spinte comunitarie che a esigenze di regolare la vita nel nostro Stato.

Ciò che comunque non può più negarsi è che una strada è stata imboccata e, pare, non ci sia ritorno. Allora forse è tempo, anche per gli Ordini, di fare una scelta.

O si ha la forza politica di cambiare la disciplina e l'orientamento. O forse è meglio cominciare - pur faticosamente - ad accettare i cambiamenti, a capire che la deontologia non è e non può essere così diversa, così lontana o comunque contraria al dettato legislativo, che tale separazione crea solo confusione e lascia spazio a chi, furbescamente, ne sta già approfittando.

Silvia Stefanelli
 Avvocato



REFERENTI CNA BENESSERE E SANITÀ EMILIA ROMAGNA SUL TERRITORIO:

CAVINI SALVATORE (CNA Imola)
 Tel. 0542 632611

ROBBONI FRANCESCO (CNA Ferrara)
 Tel. 0532 749111

CUCCARO DARIO (CNA Riccione)
 Tel. 0541/601655

RUFFILLI REMO (CNA Forlì-Cesena)
 Tel. 0543 770285

FREGNI AZIO (CNA Modena)
 Tel. 059 418573

SALVINO TERESA (CNA Reggio Emilia)
 Tel. 0522 356395

GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)
 Tel. 0521 227280

SUZZI ROBERTA (CNA Ravenna)
 Tel. 0544 298634

MALAVASI SONIA (CNA Bologna)
 Tel. 051 299330

TAGLIAFICHI GIUSEPPINA (CNA Piacenza)
 Tel. 0523 572211



FATTURE SSN, CRESCONO I RITARDI

Sanità

n. 39 del 18 ottobre 2011

Record in Calabria: 940 giorni - Per i biomedicali scoperto da 5,4 miliardi

Aumentano ancora i giorni di ritardo per i pagamenti delle fatture da parte di Asl e ospedali. Nel settore dei farmaci a giugno si registra un incremento medio del 10% rispetto allo scorso anno, mentre aumentano del 6% ad agosto rispetto ad agosto 2010 per il settore dei biomedicali.

Le ultime rilevazioni di Farindustria e Assobiomedica confermano l'allarme lanciato nelle ultime settimane dalle imprese fornitrici che hanno sottolineato la forte penalizzazione soprattutto delle piccole e medie imprese di settore: lo scoperto ad agosto calcolato da Assobiomedica è di oltre 5,4 miliardi (a cui se ne aggiungono nel 2011 circa 2 per i farmaci), con la Campania e il Lazio che da sole ne assorbono quasi il 30% e hanno rispettivamente 779 e 395 giorni di ritardo per i pagamenti delle fatture.

Le imprese farmaceutiche. I dati elaborati da Farindustria a giugno 2011 mostrano una variazione rispetto all'anno precedente del 10%, anche se in realtà a giugno del 2010 la variazione era stata negativa: -7% circa rispetto al periodo precedente.

I primi due trimestri dell'anno secondo i dati di Farindustria, sono tra i peggiori dal 2004 a oggi, "battuti" solo dal dato di dicembre 2010 che ha sfiorato il 13% di variazione in aumento e di giugno 2006 che ha raggiunto un incremento del 12 per cento. L'incremento è poi tanto più significativo se si considera che negli ultimi anni (dal 2007, ma in modo significativo nel 2008 e 2009) si è sempre registrato un decremento abbastanza marcato nei tempi di pagamento, che ha sfiorato a giugno 2009 il 15 per cento in meno.

Dal punto di vista dei ritardi delle singole Regioni a giugno 2011, a fronte di

una media italiana di 236 giorni, spicca su tutti la Calabria che raggiunge i 711 giorni, seguita dal Molise con 689 giorni. Altre cinque Regioni sono al di sopra

della media: Campania (335), Lazio (296), Veneto (265), Puglia (262) ed Emilia Romagna (260). Nei limiti invece sono la Valle d'Aosta che paga le sue fatture farma-

ceutiche entro 46 giorni seguita dal Friuli Venezia Giulia che di giornate impiega 84 e, sempre al di sotto dei cento giorni, il Trentino Alto Adige (97).

Le imprese biomedicali. Il trend per Regione dei ritardi dei pagamenti rilevato da Assobiomedica mostra ad agosto un netto peggioramento rispetto a inizio anno: si passa da una media di 286 giorni di ritardo a gennaio a una di 305 ad agosto, il "peggiore" dal 2008.

Ma analizzando la situazione a livello regionale si nota, in particolare ad agosto rispetto al mese di luglio, un miglioramento complessivo di tutte le Regioni del Nord e al Centro di Toscana e Marche mentre nel Sud riducono i giorni di attesa solo Abruzzo, Basilicata e Calabria. Ma quest'ultima in realtà rispetto a gennaio è, dopo il Molise, la Regione che ha peggiorato di più la sua situazione e la prima ad aver superato, dal 1990 a oggi, il muro dei 900 giorni con un ritardo ad agosto di ben 940 giorni, circa 2 anni e sei mesi.

Non va meglio tuttavia in Molise dove i giorni di ritardo sono 856, ma con un peggioramento di ben 80 giorni rispetto a gennaio e di una settimana solo nell'ultimo mese. Elevato anche il ritardo della Campania che non peggiora la sua situazione ad

agosto rispetto a luglio, ma allunga le attese di 22 giorni rispetto all'inizio dell'anno.

In sostanza, tutte le Regioni con piani di rientro per le quali le ultime manovre hanno previsto la non

esigibilità del credito, peggiorano la loro situazione, tranne l'Abruzzo, mentre sul versante opposto chi riduce costantemente le attese da gennaio ad agosto

Scoperto del mercato dispositivi medici (valori x 1.000 ad agosto 2011)

Regione	Stima scoperto dispositivi medici	% scoperto	Giorni di ritardo	Regione	Stima scoperto dispositivi medici	% scoperto	Giorni di ritardo
V. d'Aosta	5.902	0,1%	108	Umbria	54.460	1,0%	168
Piemonte	433.119	8,0%	280	Abruzzo	117.283	2,2%	211
Liguria	137.329	2,5%	203	Molise	112.383	2,1%	856
Lombardia	290.393	5,4%	111	Lazio	693.222	12,8%	395
Trentino A.A.	27.971	0,5%	89	Campania	906.901	16,7%	779
Veneto	456.344	8,4%	287	Basilicata	21.512	0,4%	134
Friuli	47.732	0,9%	98	Puglia	400.715	7,4%	325
Emilia R.	469.520	8,7%	295	Calabria	449.081	8,3%	940
Toscana	298.272	5,5%	249	Sicilia	275.579	5,1%	285
Marche	88.038	1,6%	172	Sardegna	133.578	2,5%	316
				Nazionale	5.419.336	100,0%	305

sono solo cinque Regioni: Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Abruzzo e Basilicata.

Ma la valutazione di Assobiomedica non si ferma ai giorni di ritardo e l'associazione delle imprese dei biomedicali analizza gli effetti dei mancati pagamenti dal punto di vista del fatturato scoperto in ogni singola Regione. Così il ritardo record della Calabria pesa a esempio "solo" per l'8,3% (circa 450 milioni) sul totale degli scoperti, mentre il più contenuto ritardo della Campania (779 giorni) vale il doppio: il 16,7% (quasi 907 milioni) di scoperto.

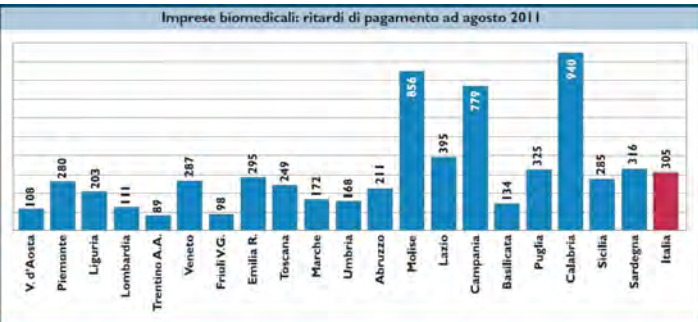
Il Sud più il Lazio aggregati pesano per il 57,5% di scoperto (3,11 miliardi), mentre tra le altre Regioni i problemi di bilancio maggiori li creano Emilia Romagna (8,7% di scoperto) e Veneto (8,4 per cento).

Le imprese dei servizi. Sul versante delle imprese dei servizi il Taiis, il loro tavolo interassociativo, ha messo a punto un focus sul 2008-2009 da cui risultano tempi medi di pagamento alle aziende fornitrici del Ssn di 247 giorni.

Notevole secondo il Taiis è il divario a livello regionale nel biennio con tempi particolarmente lunghi in Molise (676), Calabria (652), Campania (618), Lazio (484) e Puglia (422). Sono anche di rilievo, ma più contenuti, i ritardi di Piemonte (286), Emilia Romagna (287) e Veneto (248). Tre Regioni a statuto speciale invece, Friuli Venezia Giulia (90), Trentino Alto Adige (106) e Valle d'Aosta (132) sono nel triennio le Regioni con tempi medi di pagamento (3-4 mesi) più bassi a livello nazionale.

P.D.B.

Imprese biomedicali: ritardi di pagamento ad agosto 2011





L'APPROFONDIMENTO

IL RILASCIO DI NICHEL DA OGGETTI IN CONTATTO CON LA PELLE

Le reazioni allergiche costituiscono un problema crescente con conseguente incremento di dermatiti, asma, riniti, quindi le autorità europee e nazionali hanno pensato di affrontare il problema attraverso la limitazione e l'etichettatura delle sostanze. Uno strumento utile per la prevenzione è rappresentato dal disporre di metodi di analisi comuni sotto forma di standard europei che supportino le legislazioni esistenti e future per prevenire i problemi e consentano alle aziende e alle autorità di controllo di verificare i prodotti che vengono immessi sul mercato. Il nichel è noto come uno dei principali responsabili di dermatiti allergiche in Europa; l'assorbimento di ioni di nichel da parte della pelle può causare la sensibilizzazione in soggetti predisposti, e la successiva esposizione provoca la reazione allergica. Il primo passo perché la lega metallica provochi la sensibilizzazione è dunque la corrosione cioè la formazione dello ione di metallo solubile. Una lega non è semplicemente una miscela di metalli, bensì il suo comportamento è assimilabile a quello di una squadra dove i singoli costituenti non si comportano come entità separate ma interagiscono l'un l'altro influenzando reciprocamente la reattività. Un esempio che chiarisce questo comportamento in relazione al problema specifico, è dato dal confronto fra l'alpacca e l'acciaio 316: la prima ha un tenore in Ni di circa il 12% ed ha un elevato rilascio di Ni, il secondo ha un contenuto del 16% ed è usato nelle protesi ortopediche (chiodi, fili ecc.) che sono inserite nel corpo in quanto non ne rilascia affatto. Dunque è stato ritenuto necessario definire un limite al rilascio e, nella Direttiva 94/27/EEC, tale limite è specificato in 0.5 mg/cm²/week. Corre l'obbligo di evidenziare a questo punto la complessità e l'incertezza che è insita nel misurare i processi di migrazione tanto più quando uno dei reagenti, nella fattispecie il sudore, è estremamente difficile da standardizzare. Infatti se i suoi componenti sono abbastanza costanti, la formulazione è molto variabile e dipende dall'individuo, dalla sua attività, dalla dieta e da altri fattori ancora: basti pensare che in letteratura sono riportati valori di acidità compresi fra i valori di pH 2.1 e 6.9 e che questo parametro è

uno dei più rilevanti nella reazione di corrosione. Il lavoro di normazione a tale riguardo è iniziato nel 1991 con la formazione CEN/TC 283 ed in particolare del WG4 "Health and safety aspects with special reference to nickel allergy" che ha definito il metodo analitico tramite la norma EN 1811:1998. La procedura consiste nell'immergere la superficie da controllare in una soluzione di sudore sintetico per una settimana e poi analizzare lo ione di Nichel contenuto nella soluzione stessa. Dati i risultati del test di validazione finale derivato da un Europeo n Interlaboratory trial dove fu riscontrata una variazione dei dati fra gli 8 laboratori partecipanti superiore al 120%, fu inserito un fattore di correzione del risultato analitico equivalente a 0.1 il quale andava, di fatto, a modificare la disposizione del legislatore e portava il limite a 5mg/cm²/week. Nel

mentre, la Direttiva 2004/96/EC aveva stabilito che, per i body piercing post assemblies, il limite di rilascio dovesse essere inferiore a 0.2 mg/cm²/week e, con il Mandato M/414 del 25 Giugno 2007, la Commissione Europea sottolineava anche la necessità di rivedere la norma EN

1811:1998 introducendo tale limite ed eliminando o riducendo il fattore di correzione 0.1. Con l'obiettivo di sviluppare dei metodi analitici standard per 56 sostanze già identificate dal CEN/BT/WG 132, nell'ottobre 2005 il CEN istituiva il CEN/TC 347 "Metodi per l'analisi degli allergeni" e organizzava 4 gruppi di lavoro che si occupassero rispettivamente di metalli, conservanti, plastiche e fragranze. Nella sua prima riunione plenaria, il Comitato ha istituito il Task Group 1 i avente come obiettivo l'esecuzione del Mandato M/414. La delegazione italiana, costituita da delegati dell'Associazione Nazionale Fabbricanti Articoli Ottici, ha sempre partecipato attivamente ai lavori e Certottica, l'Istituto Nazionale di Certificazione degli Articoli Ottici, affianca con personale proprio l'Associazione sia per tutelare la

qualità dei nostri prodotti contro l'immissione sui mercati di articoli che possano costituire un rischio per i consumatori, sia per valutare l'applicabilità delle norme e la loro ricaduta sui processi di produzione. Se i rapporti istituzionali sono svolti da ANFAO, Certottica, con la sua volontà di essere protagonista dei processi di sviluppo ed il suo bagaglio di esperienza nel campo della normazione, è l'organo tecnico di supporto. Con voto non unanime (contrari Italia, Francia e Svizzera) il limite 0.2 mg/cm²/week è stato annesso alla norma esistente che divenne EN 1811:1998/A1:2008 e dove dunque la stessa simulazione e la stessa procedura viene utilizzata per testare prodotti aventi caratteristiche di gran lunga differenti. La principale obiezione infatti è stata che i tipi di esposizione dermatologica sono molto diversi fra loro; nella

fattispecie il piercing è classificato dai dermatologi come penetrating exposure ed è unanimemente ritenuto il principale responsabile della sensibilizzazione, quindi il test non può essere identico a quello impiegato per verificare il rilascio di un og-

getto avente un utilizzo classificato dai dermatologi come open exposure quale una fibbia o una montatura per occhiali. Per quanto concerne i lavori del Task Group 1 il problema costituito dalla ricerca di una nuova soluzione di sudore sintetico che avesse una stabilità maggiore di quella usata per simulare il rilascio nella EN 1811:1998 e permettesse quindi misure più accurate e riproducibili, fu risolto adottando una nuova soluzione di sudore sintetico elaborata con il progetto finanziato da EURON, avente Certottica come Project Leader e condotto con altri 3 laboratori: Alutec in Francia, Fukui in Giappone ed ICS in USA. Tale formulazione, che impiega l'idrossido di Sodio in luogo dell'ammoniaca, costituisce a tutt'oggi il miglior punto di arrivo in quanto consente la



SEGUE L'APPROFONDIMENTO

stabilità del pH nel corso del test ed è stata adottata nella norma rivista. Dopo 5 anni di lavoro, 11 Stages sperimentali e un European Interlaboratory trial con 15 laboratori partecipanti, la norma rivista EN 1811:2011 è stata approvata con voto non unanime. La norma rivista, al di là di migliori e più dettagliate istruzioni per la procedura, differisce da quella varata nel 1998 per il titolo, che mette il piercing in primo piano, la formulazione del sudore sintetico e il trattamento dei dati, essendo impiegata per l'interpretazione dei risultati la norma ISO 17025:2005 che adotta l'incertezza di misura in luogo del fattore di correzione. Specialmente questo paragrafo contraddistingue le nuova norma in quanto il risultato finale è positivo per gli articoli aventi rilascio minore o uguale a 0.28 mg/cm²/week se l'articolo è soggetto al limite 0.5 e a 0.11 mg/cm²/week se l'articolo è soggetto al limite 0.2. Se questa nuova regolamentazione può essere vista positivamente per la tutela dei consumatori in quanto pone una forte restrizione all'esposizione più pericolosa, di converso è inutilmente penalizzante per altri articoli. In conseguenza di ciò, i delegati del CEN/TC 170 Ophthalmic optics si sono rivolti alla Commissione Europea manifestando la loro preoccupazione per l'entrata in vigore della norma rivista ed evidenziando i seguenti punti: 1. Le montature in metallo sono realizzate con i terminali e le alette in plastica e quindi non sono quasi mai in contatto diretto e prolungato con la pelle. 2. Mentre altri comparti manifatturieri hanno potuto eliminare il Ni dal prodotto eliminando in tal modo il problema, per ragioni metallurgiche ed estetiche ciò non è stato possibile per gli occhiali. 3.

Svariati fattori contribuiscono ad aumentare l'incertezza di misura:

questi articoli sono sempre rivestiti di uno strato galvanico e da uno protettivo, quindi sono soggetti alla simulazione di invecchiamento (EN 12472) prima della prova di rilascio;

la complessa geometria impone di ritagliare i particolari da testare e di sigillare le parti tagliate;

il calcolo delle aree è reso difficoltoso

dalla complessità dei pezzi. Il risultato finale è un'incertezza estesa maggiore del 200% il che equivale a dire che non è possibile definire un valore di rilascio.

Le montature in metallo sono prodotte in milioni di pezzi ogni giorno: l'industria dell'occhiaie, quindi, sia essa piccola o grande, ha bisogno di un metodo che le dia la possibilità di discriminare rapidamente ed efficacemente la conformità di un singolo batch (n.d.r.: test per misurare la crescita batterica) in quanto un test che si protrae per così lungo tempo comporta che, quando i risultati del laboratorio siano noti, il prodotto abbia già lasciato i magazzini dello stabilimento; a ciò si aggiungano anche le mutate condizioni della produzione e del commercio internazionale, specialmente per quanto concerne il settore manifatturiero, con la necessità per le autorità ispettive di poter verificare un parametro che coinvolge la salute dei consumatori senza arrecare inutili danni alle aziende con soste forzose della merce. A ciò si aggiunga che la montatura da vista è anche Dispositivo Medico e che l'occhiale da sole è anche Dispositivo di Protezione Individuale quindi sono soggetti alle rispettive Direttive 93/42/EEC o 89/686/EEC. Tutti questi motivi giustificano quindi un approccio specifico. La Commissione Europea ha recepito tali ragioni e, con il mandato M/448 del 22 Giugno 2009, ha deciso che venga definito entro 5 anni un metodo specifico in caricando di ciò il CEN/TC 170 Ophthalmic optics che allo scopo ha istituito un nuovo gruppo di lavoro, il WG8 "Ni release from spectacle frames". Al fine di permettere che la norma 1811 rivista abbia corso regolare e che il CEN/TC 170 WG8 abbia il tempo di elaborare la norma specifica, la Commissione ha stabilito che le montature per occhiali in metallo siano regolamentate dalla nuova norma EN 16128, che ricalca in toto la 1811:1998, e resterà in vigore in via transitoria fino ad espletamento del mandato M/448. Sia la EN 1811:2011 che la EN 16128:2011 sono già state approvate, recepite dall'UNI e da altri organismi nazionali dell'UE, e sono in attesa di pubblicazione sull'Official Journal del CEN che deve regolamentare la transizione dalla vecchia EN 1811:1998/A1:2008 alle nuove norme. Il

gruppo di lavoro WG8, nel quale la delegazione italiana opera attivamente visto anche che l'Italia è paese leader nella produzione e commercializzazione di occhiali, ha individuato dei possibili metodi alternativi a quello utilizzato nella norma EN 1811:1998/A1:2008, sia per quanto concerne la simulazione, sia per i metodi di indagine. Infatti un'altra caratteristica peculiare delle montature per occhiali in metallo è che questi prodotti, per la quasi totalità, sono rivestiti con un film protettivo organico ottenuto con vernice liquida trasparente la quale, se di buona qualità, si è dimostrata in grado di impedire la corrosione e quindi il fenomeno di ossidazione del Ni metallico eventualmente presente in lega o depositato galvanicamente. Ne consegue che un metodo effettuabile in situ ed in grado di fornire una risposta sull'efficacia e la durabilità del rivestimento protettivo, costituirebbe un ottimo pre-test in grado di risolvere una parte di questa complessa problematica sia per le aziende che per le autorità di controllo. Ha preso corpo dunque una flow-chart in 2 fasi che richiede lo sviluppo di 2 test

1. On-site test qualitativo elettrochimico, rapido ed economico in grado di discriminare la qualità del rivestimento protettivo;

2. Laboratory test quantitativo che utilizza una simulazione diversa dalla 1811:1998, molto più appropriata per l'open exposure. La CE ha finanziato questo progetto e lo sviluppo dei 2 metodi è già stato appaltato ad enti di ricerca europei tramite un bando di gara.

*Giuseppe Da Cortà
Membro della U4270 SC
Optica e fotonica
Delegato al CEN/TC 347 WG1 e CEN/TC
170 WG8*

*Da Unificazione & Certificazione
n. 9 novembre 2011*



OFTALMOLOGIA, PIU' PREVENZIONE

QUADRO
Sanità

n. 42 del 8 novembre 2011

Nel terzo millennio la maggior parte delle informazioni e delle attività socio-culturali utilizzano la funzione visiva come sistema primario. Risulta quindi evidente che una ridotta capacità visiva abbia un impatto devastante sia sulla vita lavorativa che sulle attività socio-culturali, da ciò deriva come le malattie della vista rappresentino un problema significativo per la Sanità mondiale.

L'Organizzazione mondiale della salute ha stimato che ci sono oltre 161 milioni di persone con gravi problemi di vista ed è stato calcolato che circa l'80% delle affezioni responsabili di questi deficit visivi potrebbero essere prevenute o curate. La sfida dell'oftalmologia del terzo millennio è rappresentata da questo: la prevenzione delle malattie che possono determinare gravi deterioramenti della visione. Una sfida raccolta dall'undicesimo volume dei Quaderni del ministero della Salute «Appropriatezza nella prevenzione, diagnostica e terapia in oftalmologia» presentato nella sede del dicastero e dove si cerca di indicare una via condivisa dai diversi attori per risolvere le malattie della vista, coinvolgendo per la prima volta con nuovo spirito tutte le componenti della Sanità. Queste problematiche sono state valutate e recepite dall'Organizzazione mondiale della Sanità che ha organizzato il Piano denominato «Vision 2020: The Right for Sight» (il diritto alla vista) per la prevenzione della cecità che ha come obiettivi principali: rafforzare l'impegno politico, finanziario e tecnico degli Stati membri per sconfiggere la cecità evitabile e le disabilità visive; sviluppare e rafforzare le politiche nazionali, piani e programmi per la salute degli occhi e la

prevenzione della cecità; aumentare ed espandere la ricerca per la prevenzione della cecità e disabilità visiva; migliorare il coordinamento tra le parti interessate a livello nazionale e internazionale per la prevenzione della cecità e disabilità visiva.

L'Italia è coinvolta in posizione preminente nel Piano 2009-2013 e a questo scopo è stata istituita la Commissione nazionale di prevenzione cecità e ipovisione, per l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione periodica del Piano. Inoltre per la prima volta nel Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 del ministero della Salute in cui si affronta direttamente, tra gli obiettivi previsti, quello della prevenzione primaria c'è un paragrafo dedicato alle malattie oculari e specificatamente alla prevenzione della cecità e dell'ipovisione dando rilievo all'impatto che queste patologie comportano.

Infatti l'impatto psicosociale della cecità e dell'ipovisione è molto rilevante e tali condizioni, specie se compaiono alla nascita o precocemente nell'infanzia, creano situazioni complesse perché, oltre a determinare una disabilità settoriale, interferiscono con numerose aree dello sviluppo e dell'apprendimento. A prescindere dagli aspetti più squisitamente umani, riguardo al dramma di un bambino non vedente, esistono i problemi economici legati alla sua assistenza e alla sua formazione che incidono pesantemente sulla famiglia e sulla società. È fondamentale stimolare lo sviluppo di una coscienza sanitaria: bisogna imparare a prevenire le malattie sin dalla tenera età e a far correggere tempestivamente eventuali vizi refrattivi. I difetti oculari congeniti (cataratta, glaucoma, retinoblastoma, retinopatia del prematuro) rappresentano oltre l'80% delle cause di cecità e ipovisione nei bambini fino a cinque anni di età e più del 60% sino al decimo anno. La prevenzione dell'ipovisione e dell'ambliopia trova il suo ideale primo momento alla nascita (considerato che

il parto in regime di ricovero consente di raggiungere l'intera popolazione neonatale, che la visita oculistica alla nascita è più facilmente eseguibile rispetto a età successive e che la struttura ospedaliera può disporre del personale, degli ambienti e dello strumentario necessario). L'identificazione di eventuali danni o di difetti di maturazione della visione tanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi. Anche se le difficoltà di una valutazione dell'integrità anatomo-funzionale del sistema visivo in età neonatale costituiscono un limite indiscutibile alla identificazione di affezioni e difetti refrattivi lievi è pur vero che uno screening nei primi giorni di vita ha come obiettivo l'esclusione di affezioni incompatibili con il livello funzionale del neonato e il suo futuro sviluppo.

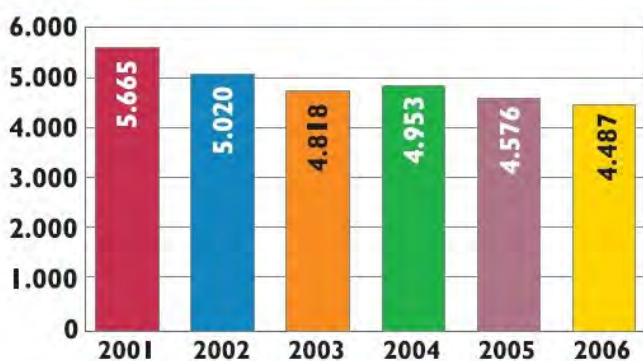
Un altro momento fondamentale è rappresentato dai controlli della vista nei bambini in età pre-scolare/scolare allo scopo di prevenire l'ambliopia e lo strabismo. Le Regioni hanno approntato dei programmi di screening dei difetti di vista a livello scolare, che possono essere svolti anche da personale sanitario non specialista con ottotipi dedicati ai bambini per la misurazione della vista. Al di fuori dell'ambito scolastico un ruolo centrale riveste il pediatra di libera scelta che ha la possibilità di valutare il grado di sviluppo dell'apparato visivo sia chiedendo informazioni ai genitori sui comportamenti del bambino nel suo ambito quotidiano (posizione di lettura, vicinanza agli schermi video, difficoltà di lettura o scrittura ecc.), sia valutandone la funzionalità sempre attraverso l'impiego di semplici tavole ottotipiche pediatriche o con l'osservazione della posizione degli occhi del bambino per la valutazione dello strabismo.

Un aspetto centrale nella prevenzione primaria riguarda l'azione della famiglia sul bambino, per questo è opportuno che i genitori controllino gli atteggiamenti dei propri figli: non devono guardare troppo da vicino la televisione o il monitor oppure assumere posture sbagliate (a esempio quando studiano).

In oculistica le patologie che causano gravi deficit visivi possono interessare tutte le età, come illustrato nei capitoli del Quaderno della Salute, ma il rischio maggiore lo corre la persona anziana,

(Continua a pagina 9)

Trapianti di cornee negli anni 2001-2006



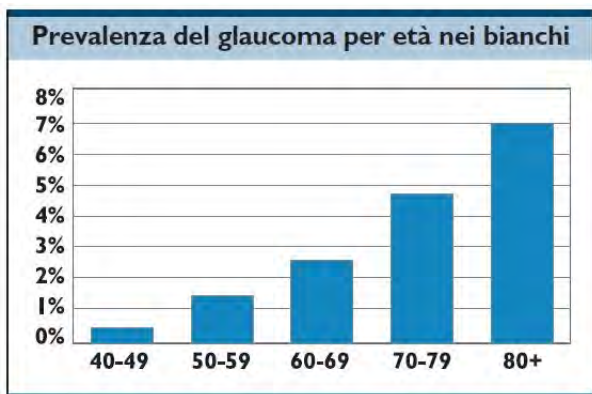
nell'ultrasessantenne la frequenza di cecità è di circa il 20 per cento. Un'eccezione è rappresentata dalla retinopatia diabetica che ancor oggi è la maggior causa di cecità nell'età lavorativa. Come in tutti i campi della medicina l'impatto delle patologie dell'anziano si è enormemente dilatato per i ben noti motivi dell'allungamento della vita media, della maggiore richiesta anche nell'anziano di una buona qualità della vita e del progresso e ampliamento delle possibilità diagnostiche e terapeutiche, del tutto attuali anche in oftalmologia. Lo sviluppo di nuove tecnologie rappresenta un punto chiave della specialità dato che soprattutto nell'ultimo ventennio i progressi della

sabili; l'handicap, infatti, non è più inteso come una limitazione della persona, ma come un problema dovuto alla difficoltà dell'ambiente sociale di rispondere positivamente alle esigenze di una persona in condizione di svantaggio. Tuttavia, il mutamento più rilevante nella condizione delle persone disabili consiste nel riconoscimento che le stesse non sono, come si suol dire, portatori di handicap, bensì portatori di diritti. L'uguaglianza delle opportunità e dei diritti non è un ideale astratto, ma la condizione per l'effettiva inclusione delle persone con disabilità nel contesto sociale.

L'oftalmologia moderna è una branca

Stadiazione della malattia	Refertazione ai fini della rivalutazione
Retinopatia assente	A 12 mesi in sede di screening
Retinopatia non proliferante lieve	A 12 mesi in sede di screening
Retinop. non prolifer. moderata: con sole emorragie intraretiniche	A 6 mesi in sede di screening
Retinopatia non proliferante moderata	A 6 mesi in ambiente specialistico
Retinopatia non prolifer. grave/Maculopatia lieve/Maculopatia moderata	A 1 mese in ambiente specialistico
Retinopatia proliferante/Maculopatia grave	Con urgenza in ambiente specialistico (entro 2 settimane)

semiologia e della terapia oftalmologica hanno rivoluzionato la maggior parte delle procedure più che non nel resto del ventesimo secolo. Basti pensare alla chirurgia della cataratta, alle tecniche di imaging, al trattamento delle patologie vascolari e/o degenerative del fondo oculare, alla diagnostica e trattamento dei glaucomi, al trattamento conservativo dei tumori intraoculari e tanto d'altro.



Una parte significativa del Quaderno è dedicata ai bisogni e alle realtà dei soggetti ipovedenti o ciechi, viene sottolineato come la condizione delle persone con disabilità visiva nella società è radicalmente mutata nel tempo, così come la società ha oggi un atteggiamento diverso nei confronti delle persone di-

specialistica medico-chirurgica che ha trasferito gran parte della sua attività in un setting assistenziale non intensivo, in quanto diverse patologie oculari possono oggi essere trattate in tutta sicurezza e con esiti di salute accettabili presso strutture sanitarie ambulatoriali. Questo si traduce nella necessità di riorganizzare l'assistenza oftalmologica, con l'intento di ottimizzare le risorse umane e tecnologiche, ridefinire i percorsi clinico-organizzativi, migliorare la qualità, la tempestività, e l'equità nell'accesso alle cure. Tale riorganizzazione è incentrata anche per l'oftalmologia sullo sviluppo e l'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico dei pazienti, in cui trovino adeguata armonizzazione funzionale le diverse strutture territoriali e ospedaliere di primo e secondo livello e i centri di eccellenza, identificati sulla base del dimensionamento e della tipologia di dotazione tecnologica, delle competenze professionali, dei volumi di attività e della dislocazione geografica.

Mario Stirpe
Presidente Ircs
Fondazione G.B. Bietti

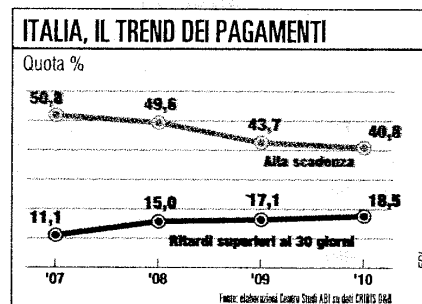


PAGAMENTI IN RITARDO, INTERVIENE LA CDP

LA CASSA DEPOSITI E PRESTITI HA MESSO A DISPOSIZIONE DUE MILIARDI DI EURO PER IL FINANZIAMENTO DI QUELLE AZIENDE CHE DEVONO FRONTEGGIARE IL NODO DEL MANCATO

INCASSO DEI CREDITI VANTATI VERSO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Boccata d'ossigeno per le Pmi che devono mettersi in "lista di attesa" per ottenere il pagamento dei loro crediti dalla Pubblica Amministrazione. La Cassa Depositi e Prestiti ha deciso di riservare due dei dieci miliardi di euro resi disponibili per la costituzione di un nuovo plafond a disposizione del sistema bancario per il finanziamento delle Pmi, per fronteggiare il problema dei ritardi nei pagamenti dei crediti vantati dalle Pmi verso le Pubbliche Amministrazioni. Questa iniziativa consentirà di aumentare la liquidità a favore delle im-



prese in un momento di difficoltà economica, acuita dal grave problema dei ritardati pagamenti della P.A. I fondi verranno utilizzati per compiere operazioni di sconto pro soluto dei crediti che le imprese vantano nei confronti della P.A.

A breve, Cdp e Abi definiranno le modalità per rendere operative le risorse previste dall'iniziativa di Cdp. I finanziamenti saranno concessi alle imprese a tassi più contenuti rispetto a quelli medi di mercato.

Rosa Serrano
Roma



DAL FISIOTERAPISTA AL LOGOPEDISTA, L'OCCUPAZIONE SFIORA IL 100%

ItaliaOggi
Sette

17 ottobre 2011

Lavoro certo per i professionisti sanitari non medici. Ed è il boom di iscrizioni ai corsi di laurea.

L'occupazione "in corsia" ha una strada preferenziale. Sarà per colpa (o merito) di un'Italia over 60 o di un culto del corpo che non ha età, fatto sta che per infermieri, fisioterapisti ma anche igienisti dentali, podologi e logopedisti il lavoro è certo. Lo stesso vale per medici che, nonostante blocchi del turnover e tagli alla sanità, non si trovano, per colpa di un paradosso: con il numero chiuso sono stati arruolati nelle facoltà di medicina meno aspiranti dottori di quelli di cui c'è bisogno e, soprattutto, ci sarà bisogno nel giro di qualche anno. Insomma a conti fatti le professioni sanitarie, secondo l'analisi della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie (effettuata incrociando i dati di Almalaurea e del Consorzio Cilea Stella - Statistiche su tema laureati & lavoro in archivio online), ad un anno dalla laurea sfiorano praticamente il 100% dell'occupazione e rimangono ben salde sul podio, più di altri profili di studio. E i giovani mostrano di saperlo visto che si sono presentati in oltre 120 mila per un totale di 27 mila posti per tutti i 22 profili che fanno capo alle professioni sanitarie di area non medica. In sostanza un posto ogni quattro candidati. Ed è proprio questo uno dei nodi irrisolti per i giovani candidati: grazie al numero chiuso delle lauree, alla forte specializzazione e a una domanda elevata di operatori della sanità, spesso dalle università escono meno figure professionali di quante ne richieda il mercato.

Chi sono i professionisti dell'area sanitaria non medica. Ma chi sono i professionisti dell'area? Oltre ai profili per i quali è sempre stata necessaria la laurea (biologo sanitario, chimico, fisico sanitario) rientrano oggi anche quattro distinte categorie professionali: le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, quelle sanitarie riabilitative, le professioni tecnico-sanitarie, a loro volta articolate in area tecnico-diagnostica e in area tecnico-assistenziale e infine le professioni tecniche della prevenzione.

Chi lavora di più. Non importa se in qualità di operatore sanitario in un ospedale come infermiere o logopedista e fisioterapista nello studio proprio: i professionisti del ramo sanitario sono

degli specialisti molto richiesti seppure con alcune differenze tra i diversi gruppi disciplinari e tra le diverse regioni d'Italia. A un anno dalla laurea, lavora il 93% degli infermieri, il 91% dei fisioterapisti e l'88% dei logopedisti ma "solo" il 62% dei tecnici di neurofisiopatologia e il 60% dei tecnici di laboratorio. Analizzando i dati riportati si scopre, comunque, che anche la professione che può essere considerata ultima in classifica con un 56% di percentuale di occupati, cioè il tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria, ha un'occupazione superiore a quella che i dati Almalaurea collocano al secondo posto di un'ideale classifica generale che fa capo al gruppo disciplinare dell'insegnamento con un 41% di media di occupati a un anno dal titolo. E non solo perché va considerato anche che, sempre secondo i numeri, il tasso occupazionale delle professioni sanitarie sale al 95% nel corso dei successivi 3 anni dal conseguimento del titolo. La maggior parte di questi, poi, lavora immediatamente senza proseguire l'università. Se, infatti, quasi tutti i laureati degli altri gruppi disciplinari proseguono gli studi nella specialistica, quelli delle professioni sanitarie continuano per solo il 3,2%.



FISIOTERAPISTI SOLO SE "ORIGINALI"

Dal congresso AIFI altolà all'abusivismo

Solitamente si ricorre al fisioterapista in presenza di dolore o ridotta funzionalità della colonna vertebrale. In realtà, possono essere davvero molte le cause che inducono all'intervento del fisioterapista. In presenza di una diagnosi medica, i principali ambiti nei quali opera il fisioterapista spaziano dall'apparato osteoartro-muscolare alla disabilità neurologica, anche in età pediatrica; dai disordini funzionali dell'apparato cardio-respiratorio a quello viscerale e urogenitale; dal deficit cognitivo alla prevenzione del decadimento psico-fisico. E per questo e per essere garantiti contro l'abusivismo bisogna avere ben chiaro quali compiti e responsabilità ha il fisioterapista.

Certo, se ci fossero gli Ordini professio-

Le differenze regionali. Per quanto riguarda le differenze territoriali geografiche è evidente la differenza tra Nord-Sud: rispetto al tasso medio occupazionale all'84% a un anno dal diploma, il Nord è al 91%, il Centro a 81% e il Sud al 75%. In particolare le migliori performance occupative al Nord si riscontrano in Piemonte (93%) Liguria, Veneto e Lombardia con un 92%, Friuli e Sardegna (91%), Emilia Romagna (89%) e Toscana (84%). Sotto la media comunque alta invece sono Abruzzo (82%), Umbria (80%) Lazio e Sicilia (77%) Puglia (75%) Campania (74%) e con il 63% Calabria.

I guadagni. Ma a quanto ammontano i guadagni di questi professionisti? Con una laurea in professioni sanitarie, anche se freschi di diploma, secondo Almalaurea, si portano a casa circa 1.400 euro, contro una media italiana di 1.033 euro e di 930 euro mensili netti guadagnati dagli occupati nel settore farmaceutico. Se poi si sceglie un lavoro in ospedale o in clinica si può guadagnare mediamente il 30% in più.

Benedetta Pacelli

L'Ordine sarebbe
la miglior soluzione

nali, al cittadino basterebbe un semplice click, per accedere a un data base e per accertarsi della titolarità del professionista che sta per riceverlo. A tutela della propria incolumità e a causa dell'agire di tanti pericolosi truffaldini che operano senza scrupolo alcuno.

Le conseguenze di manipolazioni, manovre e massaggi terapeutici eseguiti da persone non abilitate all'esercizio della professione sanitaria di fisioterapista, possono essere infatti estremamente gravi, come già accaduto a tante persone che hanno riportato danni permanenti a causa delle manovre effettuate da un falso fisioterapista. Ecco i principali rischi di una scorretta azione

(Continua a pagina 11)



COME TI RICONQUISTO IL PAZIENTE

I dentisti possono contare su un'utenza pari al 60% delle famiglie italiane

Sanità

n. 37 del 4 ottobre 2011



EXPODENTAL 2011 Prestazioni di qualità e "marketing di studio" armi contro la crisi

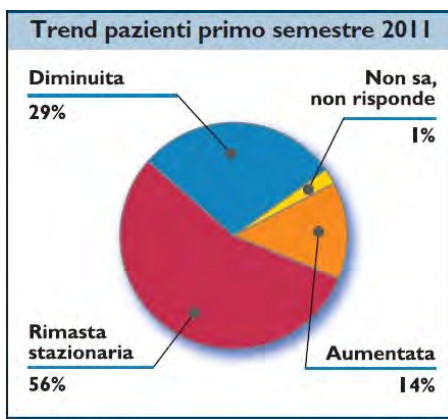
Dal 2009 a oggi i dentisti privati italiani hanno perso 2,5 milioni di pazienti. A completare il quadro di una contrazione che non conosce sosta dall'inizio della crisi a oggi e che si concretizza in una perdita del 13,5% dei clienti degli studi è l'ultima rilevazione Key-Stone realizzata tra luglio e settembre su un campione di 1.000 professionisti: circa il 30% dei dentisti dichiara un calo (stimato intorno al 18%), solo parzialmente compensato dal 14% dei professionisti che dichiara un recupero nel numero medio di pazienti (stimato intorno al 12%), da cui risulta una riduzione ponderata del 2,7%, che prende in considerazione l'evoluzione del numero effettivo di pazienti per ogni dentista intervistato (tavola 1), che va ad aggiungersi al -4,3% del 2010 e al -7,1% del 2009.

Conforta parzialmente il 14% dei dentisti in controtendenza e vale la pena di annotare che ancora una volta sono gli

studi dentistici di più recente apertura o più grandi e strutturati, con almeno 3 poltrone, a marcare un lieve recupero.

Dall'analisi emerge poi che è soprattutto la protesi a risentire del calo, mentre l'implantologia sembra resistere meglio alla situazione recessiva.

Certamente viviamo una situazione di crisi economica e sociale del tutto nuova, ma questa bassa attitudine a rivolgersi al dentista potrebbe dipendere



anche dalla capacità dei dentisti stessi di promuovere la propria attività.

Il modello di business. Due grandi driver - connessi all'efficienza ed efficacia della gestione - condizionano domanda e offerta nel settore dentale: in primis la capacità dello studio dentistico di offrire prestazioni di qualità anche alle fasce di popolazione con meno capacità economica.

Senza entrare nel merito della questione socio-previdenziale, consistente nel valutare se esistono concrete possibilità di offrire una buona assistenza odontoiatrica ai meno abbienti, è indubbio che un comparto composto da micro-strutture (il 75% degli studi dentistici ha una o due poltrone) non può oggettivamente essere efficiente: i costi fissi rischiano di essere talmente incidenti da non consentire alcuna possibilità di manovra sui prezzi.

In un contesto di questo tipo solo gli studi dentistici più grandi e strutturati e la cosiddetta "odontoiatria commerciale" possono far leva sui prezzi senza erodere la marginalità complessiva. Questo trend è già in atto, lo dimostra non solo il riprodursi e l'espandersi di piccoli o grandi modelli imprenditoriali odontoiatrici ma anche l'offerta sempre più concreta di enti (pubblici, semi-pubblici, universitari ecc.) che si pongono in concorrenza alla libera professione da un lato rispondendo contemporaneamente alle esigenze dei cittadini. Se la qualità complessiva delle prestazioni rimane più che accettabile - e questo è un aspetto imprescindibile che gli enti preposti debbono sorvegliare - è chiaro che il fenomeno diverrà sempre più importante. E si sta già instaurando un circolo vizioso che porta a una progressiva riduzione dei pazienti dello studio mono-professionale, con un conseguente aumento dei costi fissi e un progressivo allontanamento dalla possibilità di competere.

I professionisti che lavorano in piccoli studi, se hanno un orizzonte temporale dell'attività abbastanza lungo, dovranno pensare seriamente a rivedere il proprio modello di business.

Il processo di riduzione di pazienti è lento ma appare inesorabile e a medio periodo potremmo osservare uno sce-

continua
da pag. 10

FISIOTERAPISTI SOLO SE "ORIGINALI"

Dal congresso AIFI altolà all'abusivismo

fisioterapica: diagnosi misconosciute; trattamenti terapeutici impropri; lesioni apparato muscolo-scheletrico; lesioni apparato circolatorio; lesioni sistema nervoso periferico.

Per identificare il vero fisioterapista è necessario verificare che il titolo di laurea sia stato rilasciato dall'Università italiana e, in caso di titolo estero, che abbia ottenuto il riconoscimento dal ministero della Salute. Poi si deve verificare anche se, durante la visita fisioterapica, è richiesta la visione della documentazione clinica esistente e in caso di libero professionista chiedere sempre il rilascio della corrispondente ricevuta fiscale (esente Iva in caso di prestazione sanitaria diretta alla singola persona).

Pur sapendo che un fisioterapista abilitato non è obbligato a iscriversi ad alcuna associazione (per questo si chiede l'introduzione degli Ordini per le professioni sanitarie, come avviene per i medi-

ci) può essere utile e tranquillizzante sapere che il professionista è iscritto a una delle due principali associazioni autorizzate per decreto ministeriale.

Il settore elettivo, cioè di principale intervento, è il disordine funzionale, con un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione. Il fisioterapista non si occupa invece della cura farmacologica e della chirurgia. Tuttavia, in stretta collaborazione con medici e sanitari, può amplificare l'efficacia del farmaco e può stabilizzare gli esiti di un buon intervento chirurgico anche grazie all'uso di agenti fisici e ausili funzionali, con cui aiuta e completa il suo intervento nel processo di recupero delle abilità funzionali della persona. E lo fa a regola d'arte e secondo regole ben codificate perché i massaggi fanno male se non sono eseguiti da professionisti.

Antonio Bortone
Presidente Associazione italiana

(Continua a pagina 12)

continua
da pag. 11

COME TI RICONQUISTO IL PAZIENTE

I dentisti possono contare su un'utenza pari al 60% delle famiglie italiane

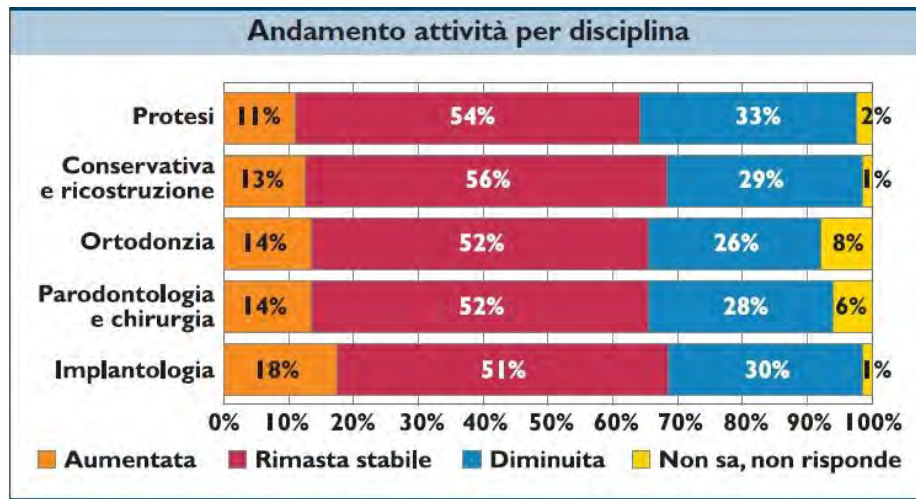


nario diverso, con un ruolo sempre più importante delle strutture che sapranno ottenere quella "massa critica" che consente di mantenere alta la qualità, comunicare generando domanda, ed essere competitivi nel prezzo.

D'altro canto è improbabile che, in un contesto che si va facendo sempre più competitivo, un comparto composto al 75% da micro-strutture (che secondo le ultime stime Key-Stone con oltre 12 miliardi rappresenta l'1% dei consumi degli italiani) possa continuare a scaricare la propria inefficienza interamente sui cittadini.

Il ruolo della comunicazione. Il driver economico non è però sufficiente a spiegare il calo di pazienti. Se è vero che la barriera economica può essere difficilmente sormontabile quando ci si appresta a effettuare riabilitazioni importanti e costose, è altrettanto vero che la frequentazione abituale dello studio dentistico, in logica di prevenzione, ha mediamente costi più che accettabili. Molte analisi di mercato, tra cui due di Key-Stone, dimostrano l'equazione per cui all'aumentare della frequentazione degli studi dentistici la spesa pro capite diminuisce. Molti cittadini non se ne rendono conto, eppure proprio gli appartenenti ai ceti medio-bassi ricaverebbero il maggior vantaggio, anche economico, entrando in una logica di orientamento alla prevenzione. È qui che entra in gioco il tema della comunicazione.

Da anni si parla ormai della necessità di un grande progetto di comunicazione rivolto alla popolazione, frutto di azioni coordinate e integrate di medici, industria e istituzioni: se ne ragiona da almeno un decennio, ma sarà difficile



riuscire a concretizzarlo in tempi accettabili. Osservando i dati di alcune ricerche Key-Stone, appare piuttosto chiaro che il potenziale bacino di italiani, rispetto al quale i dentisti possono avere un ruolo attivo in tema di comunicazione, è ben più ampio dei 18 milioni di pazienti stimati. Se è infatti vero che poco più del 30 per cento degli italiani si rivolge al dentista ogni anno, è altrettanto importante constatare che oltre il 60 per cento delle famiglie italiane ha o ha avuto un dentista di fiducia, e quindi approssimativamente il 60 per cento degli italiani ha un odontoiatra di riferimento a cui si è rivolto almeno uno dei componenti del nucleo familiare.

I dentisti hanno dunque l'opportunità e responsabilità di contribuire direttamente alla sensibilizzazione e al coinvolgimento della popolazione attraverso la relazione personale, agendo direttamente nel proprio ambiente, nel proprio ambito di competenza, cioè sui propri pazienti ed ex-pazienti e relative famiglie, senza attendere improbabili e

utopistici grandi progetti di istituzioni varie. In un periodo in cui la ridotta capacità di spesa è dovuta anche all'aumento delle occasioni di acquisto, occorre che il settore operi anche in ottica di maggior organizzazione commerciale: è necessario che alcune logiche di marketing, e in particolare della comunicazione di marketing entrino a far parte della quotidianità dello studio dentistico. Soprattutto in considerazione dell'abbattimento delle barriere che ostacolavano l'uso di strumenti e mezzi particolarmente incidenti sulle abitudini dei cittadini, come la pubblicità e le promozioni.

a cura di **Roberto Rosso**
Presidente Key-Stone

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

www.cnaemiliaromagna.it



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento