



RETISMED: IL MEDICALE IN MISSIONE IN BRASILE

Retismed, rete medica per l'innovazione che costituisce una rete trasversale del settore della produzione e dei servizi in campo medicale e dei dispositivi medici, con aderenti a livello della Regione Emilia-Romagna, effettuerà una propria missione di ricognizione in Brasile, per l'esame del mercato locale, del sistema istituzionale e privato dei servizi in sanità e per incontrare buyer e possibili partner locali, nel mese di giugno 2012.

La missione si svilupperà in collaborazione con il consulente Roncucci & Partner e andrà a mettere a fuoco le possibili partnership e collaborazioni di mercato in ambi-

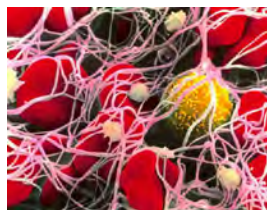
to riabilitativo, ortopedico e dentale, non escludendo anche possibili collaborazioni a livello clinico con riconoscimento, sul mercato locale, dei protocolli clinici made in Italy per favorire una penetrazione commerciale che vede, sul mercato brasiliano la difficoltà dell'applicazione di dazi doganali che fanno lievitare i costi di approvvigionamento fino al 50% del costo del prodotto.

Retismed, in conseguenza degli esiti di tale missione brasiliana, valuterà successive azioni a carattere promozionale, fieristico e commerciale per sondare il possibile radicamento su quel mercato di una rete medicale italiana.



RETISMED: STAMINALI EMILIANE

Dalla ricostruzione dei tessuti ossei e delle cartilagini alle applicazioni in campo estetico: sono le nuove frontiere della ricerca sull'uso delle cellule staminali ottenute, attraverso donazione autologa, dagli stessi pazienti. A cimentarsi in materia sono sette aziende emiliano-romagnole del biomedicale (Silfradent, Corazza, Eurtronik studio erre, Minelli



utensili, C.O.d.E.R., Viaggiare nello spazio e Arte Ortopedica) che con il supporto di CNA, hanno dato vita a Retismed, una rete che ha come obiettivo la promozione in campo internazionale e sinergie sul fronte della ricerca.

Sommario:

Il medicale in missione in Brasile	1
Retismed: staminali emiliane	1
Import ed export, c'è la ripresa	2
Anagrafe fondi, 253 iscritti	3
Professioni non regolamentate: la camera dei deputati approva il PdL	3
Ginocchio bionico a rischio crack	4
I conti della salute: a Bologna 200 milioni in meno	4
Bortone (Conaps): "Attenzione a non passare da cultura medico-centrica a infermiere-centrica"	5
Acuità visiva; soluzioni per il contenimento dei rischi	6
Le «farmacie dei servizi» sono legittime	8
Parafarmacie: regole su requisiti e farmacovigilanza	8
Farmaci soggetti a prescrizione medica nelle parafarmacie?	9
A carico dei pazienti 30,6 miliardi, low cost cresce	9
La fuga dai prezzi di mercato	10
I cinque rebus che contano per il dentale	10
Società, pubblicità «libera»	11
Responsabilità penale per il medico dentista che si avvale di abusivo	11
Nel sistema dei tetti di spesa gli operatori sanitari privati vanno salvaguardati	12
Statistiche in sanità	12



IMPORT ED EXPORT, C'È LA RIPRESA

Esportazioni a quota 20 miliardi, il deficit con l'estero scende a 4,8

*****VALORE**
Sanità

n. 8 del 28 febbraio 2012

Dal 2010 forte accelerata di vendite di farmaci e dispositivi made in Italy (+14,8%)

Posto che la domanda interna di prodotti farmaceutici e dispositivi medici sembra evolversi con maggior gradualità, uno degli indicatori che contribuisce a spiegare il progressivo indebolimento dell'attività produttiva deve essere ricercato sul versante degli scambi con l'estero.

L'insoddisfacente performance dei flussi d'importexport ha caratterizzato anzitutto il complesso dei prodotti industriali.

Condizionata dall'ulteriore flessione dei margini di competitività e dalla lotta ingaggiata a livello internazionale per il mantenimento e l'espansione delle quote di mercato, l'industria italiana è stata una delle prime a risentire degli effetti negativi della congiuntura.

Dopo il favorevole andamento registrato nel 2007 tanto dalle importazioni (aumentate in termini monetari dell'8%) quanto, e soprattutto, dalle esportazioni (+9,7%), le due correnti di scambio hanno cominciato ad assottigliarsi sensibilmente.

Solo nel 2010, grazie alla ripresa della domanda mondiale, si sono manifestati segnali di recupero.

Tendenze abbastanza simili a quelle appena descritte hanno mostrato anche i due comparti specializzati nella fabbricazione di beni destinati alla tutela della salute, data la brusca accelerazione registrata nel 2010 dalle vendite all'estero di prodotti farmaceutici e di dispositivi medici, le quali hanno segnato rispettivamente un +14,9 e un +14,4 per cento.

A questi risultati ha contribuito soprattutto il più sostenuto andamento delle vendite in Francia e negli Stati Uniti: nel primo Paese, infatti, le esportazioni di prodotti farmaceutici sono lievitate del 33,2% e quelle di dispositivi medici del 14%; mentre nel secondo i tassi di crescita sono risultati rispettivamente pari a 27,7 e 19,4 per cento.

Per effetto delle suddette variazioni, il valore complessivo delle esportazioni dei due comparti industriali ha scavalcato la soglia dei 19.800 milioni; cifra che, rapportata al dato dell'industria manifatturiera, dà luogo a un'incidenza del 6,2 per cento.

Si tratta di un'incidenza ragguardevole e non molto distante da quella di alcuni settori di punta del made in Italy, come a esempio quello del tessile-abbigliamento (7,4%) o quello degli autoveicoli, rimorchi e semirimorchi (7,0 per cento).

Tendenze positive si sono riscontrate sul versante dell'indebitamento, tenuto conto che il deficit del commercio estero della nostra industria della salute, dopo aver toccato nel 2009 un valore massimo di 5.773 milioni di euro, è sceso nel 2010 a 4.856 milioni.

A tale risultato hanno contribuito il comparto dei dispositivi medici e quello dei medicinali e preparati farmaceutici, tenuto conto che nel comparto dei prodotti farmaceutici di base l'indebitamento ha continuato a espandersi in misura apprezzabile.

Se si focalizza l'attenzione sul saldo di import-export delle singole aree geografiche, si ricava agevolmente che ai 4.856 milioni di deficit dell'industria della salute hanno concorso principalmente quattro Paesi, e cioè: Olanda (-1.765 milioni), Germania (-1.217), Stati Uniti (-911) e Cina (-841).

Il dato della Cina si spiega se si tiene conto della crescente concorrenza di prezzo che essa esercita soprattutto sul versante delle forniture mediche e dentistiche.



Esportazioni dell'industria della salute secondo la destinazione geografica (2010)

Aree e Paesi	Prodotti farmaceutici		Dispositivi medici (1)		Totale	
	Mln €	Var. % 2010/2009	Mln €	Var. % 2010/2009	Mln €	Var. % 2010/2009
Europa	10.445	12,8	3.453	13,2	13.898	12,9
Francia	1.317	33,2	742	14,0	2.059	26,5
Germania	1.652	9,1	485	11,9	2.137	9,6
Spagna	717	5,7	410	12,8	1.127	7,8
Regno Unito	806	23,6	270	17,5	1.076	22,3
Paesi Bassi	648	-2,4	274	43,3	922	6,2
Paesi scandinavi	165	4,7	103	20,2	268	9,4
Russia	124	39,8	128	36,0	252	38,0
Altri paesi	5.014	11,1	1.041	4,0	6.055	10,0
Resto del mondo	3.513	21,6	2.428	16,2	5.941	19,6
Stati Uniti	995	27,7	823	19,4	1.818	24,2
Centro-Sud America	444	49,9	286	23,8	730	39,8
Giappone	607	9,9	146	7,9	753	9,5
Cina	156	17,1	114	17,8	270	17,4
Altri paesi	1.311	16,1	1.057	13,0	2.368	14,9
Totale	13.958	14,9	5.881	14,4	19.839	14,8

(1) Apparecchi elettromedicali ed elettroterapeutici, strumenti e forniture mediche e dentistiche

Fonte: elaborazione Confindustria su dati Istat

Importazioni dell'industria della salute secondo la provenienza geografica (2010)

Aree e Paesi	Prodotti farmaceutici		Dispositivi medici (1)		Totale	
	Mln €	Var. % 2010/2009	Mln €	Var. % 2010/2009	Mln €	Var. % 2010/2009
Europa	14.475	4,9	5.285	5,4	19.760	5,0
Francia	1.648	-2,6	761	0,4	2.409	-1,8
Germania	2.158	-0,5	1.196	11,1	3.354	2,6
Spagna	791	10,5	63	4,4	854	10,1
Regno Unito	1.092	2,1	248	2,4	1.340	2,1
Paesi Bassi	1.505	4,4	1.182	-0,2	2.687	2,7
Paesi scandinavi	447	8,2	304	86,5	751	25,5
Russia	2	287,2	1	0,4	3	110,6
Altri paesi	831	8,6	1.526	0,0	8.357	7,3
Resto del mondo	2.843	18,9	2.091	12,2	4.934	16,5
Stati Uniti	1.987	23,3	742	11,0	2.729	20,5
Centro-Sud America	58	43,9	98	-19,8	156	0,3
Giappone	274	-7,2	130	-19,2	404	-10,6
Cina	312	33,8	799	30,6	1.111	31,7
Altri paesi	212	0,8	325	7,3	537	4,1
Totale	17.318	7,0	7.377	7,3	24.695	7,1

(1) Apparecchi elettromedicali ed elettroterapeutici, strumenti e forniture mediche e dentistiche

Fonte: elaborazione Confindustria su dati Istat



ANAGRAFE FONDI, 253 ISCRITTI

L'89% è di derivazione contrattuale - Dichiarati 3,3 milioni di adesioni

QUORE
Sanità

n. 17 del 1 maggio 2012

L'identikit della Sanità integrativa come emerge dall'organismo di controllo della Salute

Su 293 iscritti in tutto a fine 2011 sono 254 i Fondi che hanno ottenuto l'attestato dell'Anagrafe istituita presso la Salute con il compito di censire le realtà attive sul fronte della Sanità

integrativa e verificare il rispetto della soglia delle risorse vincolate che consentono l'accesso ai benefici fiscali.

I Fondi sanitari integrativi del Ssn, gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, hanno infatti l'obbligo di destinare una quota non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, per l'erogazione di prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni per l'inabilità temporanea.

Risorse vincolate: solo 9 in regola

Proprio dal 2011 l'attestato di iscrizione all'anagrafe è necessario per l'accesso ai benefici fiscali agevolati: di qui l'aumento delle domande da cui emerge un primo credibile identikit dell'universo in questione.

In particolare, l'83% dei 293 iscritti ha dichiarato di appartenere alla categoria degli organismi a esclusivo fine assistenziale, mentre solo il 17% si è identificato come appartenente alla categoria dei Fondi sanitari integrativi del Ssn.

Inoltre solo nell'11% dei casi si tratta di Fondi aperti, mentre il restante 89% è costituito da Fondi chiusi, di derivazione contrattuale (lavoratori dipendenti).

I Fondi che hanno ricevuto l'attestato di iscrizione all'Anagrafe sono stati 254: dei 39 non aventi diritto, 18 hanno trasmesso una documentazione insufficiente, 9 si sono

costituiti nel 2011 e 6 nel 2010, 3 sono risultati inattivi nell'anno 2010, 2 hanno dichiarato una soglia di risorse vincolate inferiore al 20%, uno infine non possedeva i requisiti richiesti per poter essere considerato un Fondo.

Ancora incompleta, invece, la rilevazione del numero degli iscritti, volontariamente indicato solo dal 69% dei Fondi (201 in tutto), per un totale di 3 milioni 367mila, su un totale stimato di 5 milioni di aderenti.

Dalle rilevazioni emerge comunque che 62 Fondi (31%) hanno da mille a 10mila iscritti, 48 (24%) superano i 10mila, mentre 8 Fondi (4%) hanno meno di 50 iscritti.

Per quanto riguarda infine il rispetto della soglia delle risorse vincolate, solo 9 Fondi hanno dichiarato una percentuale delle risorse vincolate pari al 100 per cento.

S. Tod.



PROFESSIONI NON REGOLAMENTATE: la Camera dei Deputati approva il progetto di legge



COMUNICATO STAMPA

CNA Professioni: "Risultato importante. Serve a fare chiarezza e a tutelare i consumatori"

Roma, 18 aprile 2012—La Camera dei Deputati ha espresso parere favorevole al Progetto di Legge n.1934, in materia di Professioni non organizzate in Ordini o Collegi.

"E' un atto molto importante - afferma Giorgio Berloff, Presidente di Cna Professioni - perché si avvicina il momento del riconoscimento sostanziale di tutta una serie di attività professionali vitali per la nostra economia e per la nostra società e contribuisce alla costruzione di un sistema professionale nel nostro Paese pienamente rispondente ai principi e ai criteri richiamati dall'Unione Europea nella Strategia di Lisbona, in

primis, quelli della conoscenza e della formazione, cui devono uniformarsi tutti i soggetti che operano nel mercato. I professionisti che non hanno un ordine professionale o un albo, superano i due milioni e sono raggruppati in oltre 242 associazioni.

Si tratta, tra gli altri, di nutrizionisti, chinesiologi, osteopati, naturopati, arteterapeuti (ovvero gli specialisti che utilizzano il linguaggio delle arti con finalità di tipo strettamente terapeutico e riabilitativo), i tecnici emodialisi (professionisti che svolgono attività sui pazienti nefropatici in dialisi per problemi inerenti la conduzione, controllo e manutenzione delle apparecchiature di terapia). Ma anche i 'clinical monitors' (che accompagnano la

sperimentazione del farmaco dal laboratorio al paziente), gli operatori omeosinergico (specialisti di medicina non convenzionale, basata sulle discipline naturali che valorizza le risorse vitali proprie di ogni essere vivente)".

"Il parere favorevole dimostra - conclude Berloff - come la Cna abbia avuto la giusta intuizione nell'andare a costituire, a fine 2011, Cna Professioni, che, come prima iniziativa, ha subito inteso richiamare l'attenzione dei gruppi parlamentari, degli operatori, dei mass media, degli enti normativi, sull'importanza di andare all'approvazione di una legge che in buona sostanza risponde a semplici domande: chi sa fare cosa, come lo sa fare e come ha imparato a farlo".





GINOCCHIO BIONICO A RISCHIO CRACK

L'ortopedica Re-K denuncia l'allungamento dei tempi di pagamento

Il ginocchio bionico Rel-K, è destinato a restare un ricordo, così come i 3 milioni di investimenti in ricerca che hanno portato il nome di Rizzoli Ortopedia - azienda bolognese nel cuore del distretto delle protesi, a Budrio - agli onori della cronaca internazionale neppure un paio di anni fa: Perché anche un esempio di eccellenza del made in Italy finisce per piegarsi alla logica di mera sopravvivenza di fronte a un sistema sanitario in cronico ritardo nei pagamenti e a istituti di credito che tolgono la "bambola" di liquidità necessaria all'healthcare per respirare.

La situazione che racconta l'amministratore delegato di Rizzoli Ortopedia, Paolo Guerra, è la stessa che vivono tutte le centinaia di Pmi fornitrici del sistema sanitario in Emilia Romagna. "Lavoro dall'89 con la sanità pubblica - precisa l'ad - ed è sempre stato un cattivo pagatore, ma i tempi si sono allungati dai 12 mesi di media fino a 14-15, con punte che arrivano a quattro anni nel Sud Italia. In Campania stiamo mandando avanti fatture per l'incasso del 2007-2008 e senza interessi".

Perché il non detto è che quando la Pa finalmente paga si fa firmare preventivamente dal creditore una liberatoria per gli interessi. Oltre al danno, la beffa.

La dilazione dei pagamenti non è più il primo problema. "Il nodo è che dal crack Lehman in poi si è rotto il meccanismo di triangolazione con le banche che, per quanto costoso e viziato all'origine, funzionava e ci permetteva di avere liquidità per andare avanti", precisa Guerra, 185 addetti, che salgono a 253 con le altre società (laboratori e sanitarie) del gruppo e business di 24 milioni di euro.

Il sistema creditizio ha completamente bloccato gli anticipi bancari e le società di factoring che fino a tre anni fa garantivano anche l'80% dei crediti verso la Pa, oggi non arrivano al 50% in azienda-modello come Rizzoli Ortopedia, costretta perciò a lavorare con la metà dei reali ricavi. "La maggior parte delle piccole imprese del settore è dovuta addirittura rientrare di punto in bianco delle esposizioni, senza apparente giustificazione, restando senza le provviste per pagare i dipendenti. Molte realtà biomedicali hanno chiuso e chi sopravvive non riesce più a essere competitivo, perché i ritardati pagamenti si ripercuotono a cascata su tutta la filiera", dice

Daniele Dondarini, responsabile Unione benessere e sanità di Cna Emilia-Romagna, oltre 300 Pmi associate.

Il tema competitività è allarmante, se si pensa che nel Nord Europa il sistema sanitario pubblico paga i fornitori a 30 giorni, in Francia a 60, in Spagna a 180 giorni. Negli Usa i tempi di incasso non arrivano a due mesi. "Sono proprio le multinazionali americane - prosegue Guerra - ad approfittare della situazione, potendo compensare su altri mercati i tempi lunghi di incasso dell'Italia, mentre noi Pmi locali perdiamo la sfida competitiva, strozzate dall'assenza di liquidità e dalle inefficienze conseguenti". Rizzoli Ortopedia continua faticosamente a fare ricerca, investendo un milione l'anno in R&S: "Molto meno di ciò che dovremmo fare in un'ottica di medio-lungo periodo, la metà degli oltre due milioni, un 10% del fatturato, degli anni

d'oro", si rammarica Guerra.

"E la situazione emiliano-romagnola è sicuramente migliore che in molte altre regioni", puntualizza Antonietta Zaccarini, Ad della Sanitaria S.Orsola del gruppo Rizzoli (6 negozi tra Modena e Rimini, 50 addetti) e del Coder, il Consorzio ortopedico regionale che associa una quarantina di Pmi. «I ritardati pagamenti - conclude - si traducono in disservizi di cui fanno le spese gli stessi pazienti. Le Asl non solo stanno allungando i tempi di pagamento, ma stanno tagliando le spese per presidi sanitari di un 20% l'anno".

Resta da vedere che succederà se dal 1 gennaio 2013 entrerà davvero in vigore la direttiva Ue sui pagamenti in 30 giorni della Pa alle imprese, in una Italia gravata da 40 miliardi di debito verso le aziende del settore sanitario.

I NODI

I tempi di pagamento

In Italia le aziende del settore healthcare incassano oggi i pagamenti dal Ssn mediamente in 14-15 mesi, con punte di eccellenza nel Nord-Est (90 giorni a Bolzano) e casi estremi che raggiungono i quattro anni nel Mezzogiorno. In Europa si va dai 30 giorni di Germania, Svizzera e Olanda ai 180 giorni di Spagna e Portogallo.

La spirale negativa

All'allungarsi dei tempi di pagamento della Pa si è sommato il blocco dei crediti di banche e factor. Anche un'azienda eccellente come la bolognese Rizzoli Ortopedia si ritrova oggi senza liquidità, costretta a dimezzare gli investimenti in ricerca, ad accantonare le strategie di sviluppo a medio-lungo termine e a subire così in modo amplificato la concorrenza delle multinazionali straniere.



I CONTI DELLA SALUTE: A BOLOGNA 200 MILIONI IN MENO

Nel triennio 2012-2014 vi sarà una riduzione delle risorse a livello nazionale per "17 miliardi di euro", un miliardo e mezzo a livello regionale. E già quest'anno mancano all'appello 160 milioni. Quanto basta per generare "preoccupazioni" riguardo la sostenibilità del sistema sanitario, nazionale e dell'Emilia Romagna. Solo a Bologna il bilancio della Sanità disporrà di 200 milioni in meno. A esprimere i propri timori è l'assessore regionale alla salute Carlo Lusenti, ieri durante la commissione Politiche per la salute e politiche sociali in Regione.

"In questo triennio - spiega - secondo tre distinte manovre finanziarie, verranno meno 17 miliardi di risorse per il sistema sanitario nazionale. A queste si aggiungeranno, fatto ancora più grave, due miliardi di euro di ticket a partire dal primo gennaio 2014. Questi interventi possono davvero essere insostenibili per il sistema sanitario nazionale e regionale. Nel 2012, osserva ancora Lusenti, "di fronte ad un incremento del 2% delle risorse per l'Emilia Romagna si registra, in negativo, un aumento dei costi del 3,5%, l'obbligo di copertura

(Continua a pagina 5)



BORTONE (CONAPS): "ATTENZIONE A NON PASSARE DA CULTURA MEDICO-CENTRICA A INFERMIERO-CENTRICA"



Il presidente del Coordinamento delle professioni sanitarie plaude alla "visione culturale" che vuole attribuire nuove competenze alle professioni sanitarie. Ma critica il documento del tavolo ministero-regioni sugli infermieri. "Alcuni aspetti interferiscono con le competenze di altre professioni".

Per il Presidente del Coordinamento nazionale delle professioni sanitarie (Conaps), Antonio Bortone, "a 18 anni dall'emanazione dei provvedimenti che hanno disegnato i profili professionali, a fronte di quadro un giuridico in netta evoluzione e di un profondo cambiamento delle condizioni rispetto a 18 anni fa, l'azione del tavolo tecnico ministero-regioni per la ridefinizione dei profili professionali è più che giustificata". Si tratta, per Bortone, di una "visione culturale, prima ancora che giuridica" e consiste nell'attribuire "nuove competenze alle professioni che prima non avevano il quadro giuridico per poterle assorbire". Insomma, per Bortone stiamo vivendo un "giusto momento storico di revisione".

Il problema, però, è "capire la metodologia del lavoro del tavolo ministero-regioni. Ci sono infatti alcuni aspetti del nuovo perimetro delle competenze dell'area infermieristica che vanno a sovrapporsi, per non dire a interferire, con le competenze già esistenti delle altre aree professionali", avverte il Presidente del Conaps. E anche se i medici sono i primi che si sono pronunciati, il presidente della Conaps annuncia che le altre aree delle professioni sanitarie

sono pronte a farsi sentire. "Il 22 aprile è stata convocata un'assemblea straordinaria e il 23 presenteremo, così come richiesto dal ministero, un parere consultivo sul documento. E sottolineo consultivo".

Le critiche non mancheranno. "Non può essere effettuato un ampliamento delle competenze infermieristiche senza una coerente correlazione con le competenze delle altre professioni". Questo era l'auspicio del Conaps. "Ma se così fosse stato, nel documento non avremmo trovato quelle interferenze che invece abbiamo trovato", afferma Bortone citando, ad esempio, "il fatto che l'infermiere possa essere considerato una sorta di case manager nell'area critica e quindi in grado anche di prescrivere ausili, interferendo così con le competenze di altri coattori. Perché sia chiaro - sottolinea Bortone -, nessuno vuole il ruolo da protagonista, ma questi interventi sono effettuati da molti attori e le competenze dell'uno non devono interferire con le competenze dell'altro".

Secondo Bortone, invece, gli infermieri possono trovare ampio spazio "in termini assistenziali, ad esempio come titolari di assistenza infermieristica al posto letto. Ma l'infermiere - ribadisce Bortone - non può assorbire le competenze di altri né coordinare altre professionalità, perché non vedo quali competenze maggiori abbia per farlo rispetto a un logopedista, un medico, un fisioterapista o uno psicologo".

Nel sistema di multidisciplinarietà, ricor-

da Bortone, "il coordinamento spetta allo specialista medico di area.

Nulla toglie che venga affidato a un'altra figura non medica, ma in questo caso non può essere un obbligo calato dall'alto ma dovrà essere l'équipe, in questo caso, a scegliere chi debba essere il coordinatore del processo".

Per Bortone, il rischio, altrimenti è di passare "da una cultura medico-centrica a una cultura infermieristico-centrica".

Il Conaps chiede, dunque, che il tavolo tecnico metta in atto un metodologia "integrata". Che "metta in fila tutti i processi di riforma dei profili sanitari così da seguire un fil rouge coerente, perché se si vuole fare una buona riforma del profilo infermieristico, questa deve essere inserita nel sistema e integrata con le altre professionalità, altrimenti rischia di creare incoerenze e incongruenze".

Nel frattempo, poi, il Conaps chiede di mettere in cantiere anche la riforma degli altri profili professionali, "di cui oggi nessuno ci dà la certezza anche se, avendo letto questa intenzione nelle premesse del documento sugli infermieri, voglio essere fiducioso a riguardo", aggiunge Bortone, che lamenta tuttavia la mancanza di confronto con tutte le categorie professionali e teme che, "considerata anche la fine della legislatura, possa mancare il tempo materiale per andare fino in fondo a questo processo".

... segue dalla pagina precedente

I CONTI DELLA SALUTE: A BOLOGNA 200 MILIONI IN MENO

(Continua da pagina 4)

degli ammortizzatori non sterilizzati (160 milioni) e la mancata copertura del finanziamento governativo (61 milioni) sui ticket (nelle casse regionali è entrato solo il 40% del finanziamento previsto), senza contare il possibile aumento dell'IVA sui prodotti (farmaceutici e tecnologici) acquistati dalle Aziende sanitarie".

Nella Conferenza Stato regioni, ricorda Lusenti, "il giudizio di tutte le Regioni è stato unanime: un quadro insostenibile

per i servizi primarie per i cittadini". Pertanto, se ci sarà l'accordo Stato-Regioni, l'assessore regionale auspica, in quella sede, "un passo in avanti da parte di tutti, al fine di investire su un nuovo welfare a livello nazionale".

Il bilancio della sanità è stato chiuso in parità nel 2011. L'obiettivo è replicare per il 2012, ma mancano già 160 milioni di euro, a causa dei tagli ai trasferimenti statali. L'aumento dell'1% dell'Iva, inoltre, significa per la Regione un costo ulteriore di 40 milioni di euro, a cui ne andrebbero aggiunti altri 80 se il gover-

no decidesse di aumentare l'Iva di altri due punti percentuali. Per raggiungere il pareggio nel 2012, spiega Lusenti, "continueremo con azioni di efficienza del sistema", ad esempio concentrando gli acquisti delle aziende sanitarie su area vasta e anche a livello regionale. Inoltre, aggiunge l'Assessore, "concentreremo le funzioni non assistenziali, come quelle amministrative, su vasta area. In Romagna, ad esempio, abbiamo già un provveditorato unico". Il tutto in attesa che governo e Regioni arrivino alla definizione del nuovo Patto per la salute.

L'APPROFONDIMENTO



ACUITÀ VISIVA

Soluzioni per il contenimento dei rischi

LE CADUTE DEGLI ANZIANI RAPPRESENTANO UNA AUTENTICA PRIORITÀ PER LA SANITÀ PUBBLICA CAUSATE DALLA LORO FREQUENZA E GRAVITÀ. SECONDO I DATI RACCOLTI DAL SISTEMA COMUNITARIO DI SORVEGLIANZA DEGLI INCIDENTI DOMESTICI E DEL TEMPO LIBERO (EHLASS), TRA IL 1998 E IL 2000 IN EUROPA QUASI 20 MILIONI DI PERSONE (IL 7% DEI RESIDENTI) SONO STATE VITTIME DI INCIDENTI DOMESTICI, CON OLTRE 5 MILIONI DI RICOVERATI E 56 MILA MORTI. SECONDO I DATI ISTAT RELATIVI AL 1998, SI STIMA CHE IN ITALIA GLI INCIDENTI DOMESTICI ABBIANO INTERESSATO 3.480.000 PERSONE.

Va sottolineato come, al di là dei meri dati statistici, la caduta rappresenti quindi un evento temibile per l'anziano, non solo per le conseguenze in termini di disabilità, ma anche per le ripercussioni psicologiche: la perdita di sicurezza e la paura di cadere possono accelerare infatti il declino funzionale e indurre depressione o isolamento sociale.

In particolare sono a rischio cadute, ogni anno, circa un terzo degli ultrasessantacinquenni e, calcolato che nel 2050 una persona su cinque avrà più di 60 anni, è facile trarre le cifre del peso sociale connesso alle previsioni.

Un altro dato allarmante è quello che indica, quale vittima di un incidente di questo tipo, gli ospiti di strutture assistenziali, tra cui la percentuale è ancora maggiore.

E' indicato che l'incidenza delle cadute nelle case di cura e negli ospedali sia 2-3 volte superiore rispetto a quelle che avvengono nell'abitazione, e con complicazioni maggiori.

Durante un'operazione di monitoraggio nei pazienti di un ospedale geriatrico di assistenza, sono state registrate le cadute accidentali e l'analisi dei casi ha rivelato che l'illuminazione insufficiente è stato un fattore di rischio del 40% nelle cause generanti.

Studi più particolareggiati hanno individuato quindi come la compromissione visiva è fortemente associata con le cadute negli anziani; essa va annoverata fra le prime cause, insieme all'assunzione

di farmaci, di incidenti domestici spesso invalidanti, ed è comprovabile come fattori quali la riduzione del campo visivo, ridotta sensibilità al contrasto, e la presenza di cataratta, disturbi tipici dell'età avanzata, possano spiegare tale associazione.

Anche se si è imparato molto negli ultimi decenni su temi quali il deterioramento della forza muscolare, gli adattamenti posturali e nell'andatura, e il degrado sensoriale tra gli adulti più anziani, si sa poco su come questi cambiamenti intrinseci influenzino parametri biomeccanici associati alle cadute accidentali, per esempio dovute a scivolamento o inciampo.

In generale, l'obiettivo degli studi di laboratorio è stato quello di indagare il processo di inizio, rilevamento e recupero dei lapsus involontari e cadute.

I risultati delle ricerche sono volti ad individuare possibili strategie di intervento per ridurre i rischi di incorrere in situazioni potenzialmente pericolose, considerato il degrado dell'equilibrio dinamico fra gli anziani.

Nello specifico è stato esaminato tra tre gruppi di età che utilizzano parametri biomeccanici, la forza muscolare all'avvio di ripresa dallo scivolare del piede, attraverso misurazioni sensoriali.

I risultati hanno indicato che i giovani partecipanti scivolano tanto quanto i partecipanti più anziani, suggerendo che la probabilità di slittamento è simile in tutte le fasce d'età: tuttavia, negli individui più anziani il processo di recupero è stato molto più lento e meno efficace.

La capacità di recuperare con successo da una scivolata (impedendo così la caduta) si crede essere imputabile più al degrado sensoriale tra gli individui più anziani che alla diminuzione della forza muscolare degli arti inferiori.

In questa sede ci concentreremo sulle possibilità di ridurre i fattori di rischio strettamente legati alla percezione visi-



va, all'interno delle unità ambientali.

Raccomandazioni per la riduzione dei rischi Dal punto di vista dell'organizzazione degli spazi è possibile stabilire modi e accorgimenti per compensare almeno in parte le perdite sensoriali e percettive.

Esperienze progettuali che hanno riportato risultati significativi suggeriscono che una valutazione preventiva dell'ambiente, ovvero comprensiva di valutazione dei rischi e dell'avvio di interventi mirati, può ridurre l'incidenza di cadute.

Una valutazione attenta del design ha numerose applicazioni potenziali, tra le quali ridurre i rischi di una cattiva progettazione tecnologica, intesa come scelta dei materiali e delle soluzioni costruttive.

Ecco alcuni fattori di rischio ambientale che per le persone anziane con ridotta acuità visiva si sono rilevati come potenzialmente pericolosi:

- adattamento al buio e percezione con scarsa illuminazione;
- illuminazione insufficiente, sia naturale che artificiale;
- abbagliamento;
- differenza di intensità d'illuminazione tra interno ed esterno degli edifici;
- differenza di illuminazione tra corridoi e sale;
- illuminazione insufficiente di piccoli oggetti, come maniglie o interruttori;

Una volta individuati i fattori di rischio è possibile stilare una tabella di semplici prescrizioni per cercare di contenerne gli effetti:

- l'illuminazione del pavimento maggiore o uguale a 300 lux1;
- illuminazione di una superficie di lavoro di 500-800 lux;
- assenza di riflessi e ombre;
- cercare di posizionare le finestre dei locali di passaggio ai lati o ad una altezza di almeno 170 centimetri;
- prevedere un sistema di ombreggiatura solare nelle finestre esposte ad

SEGUE L'APPROFONDIMENTO



- est o ovest;
- ridurre il differente livello di illuminazione fra interno ed esterno;
- luogo e corretta inclinazione della luce diretta;
- illuminazione uniforme tra corridoi e stanze;
- un'illuminazione supplementare può essere appropriata per alcuni pazienti disabili, ma il miglioramento dell'illuminazione può non essere semplicemente una questione di quantità: è importante soprattutto il modo in cui è organizzata l'illuminazione;
- la fonte di luce naturale può essere fondamentale per ridurre il fenomeno dell'abbagliamento.

Oltre le considerazioni riguardanti strutture di assistenza, sott'esame anche la struttura dell'unità abitativa privata, il suo livello di dotazione infrastrutturale e di arredo.

Secondo alcune fonti, la presenza di un'abitazione non sicura è in grado di aumentare del 50% circa il rischio di cadute in casa.

E' sicuramente efficace eseguire visite domiciliari per una valutazione degli aspetti strutturali e impiantistici, associate alla fornitura di dispositivi come spie antincendio, strisce antiscivolo, maniglioni, soprattutto per anziani con una precedente storia di cadute.

A questo proposito è utile riportare alcune conclusioni dello studio Argento17, promosso dall'Istituto superiore di sanità e condotto nel 2002 in 11 regioni e province italiane (Piemonte, Liguria, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna), per mezzo di interviste domiciliari a 2.366 persone.

Tra i dati più importanti che emergono dalle interviste, il 27% degli intervistati ha riferito di aver subito una caduta nell'ultimo anno e l'8% è caduto più di una volta; il 41% delle persone dichiara di essere caduto in casa, e gli ambienti domestici dove avvengono più frequentemente le cadute sono la camera da letto (23%), la cucina (18%), le scale (14%) e il bagno (9%).

Nel corso dell'anno precedente l'intervista, 13 anziani ogni 100 residenti sono stati curati in ospedale in seguito a una caduta.

Scelte inappropriate che implicano rischi impliciti di incidenti: • pavimenti (stuoie non fissate, pavimenti scivolosi, in particolare quelle adiacenti a pendii ripidi, differenza di altezza tra una soglia e un ingresso, pavimenti sconnessi, rilievi a terra o gradini); • le pareti (superficie di materiale riflettente, elementi, quali pilastri o pareti brevi, isolati in costruzione); • porta (vetro non marcato; maniglia non facilmente identificabili; porta che non si apre completamente a causa di ostacoli, quali radiatori o mobili che impediscono almeno 90 gradi di rotazione, le porte dello stesso colore delle pareti); • i mobili (mobili bassi; mobili di colore simile al muro, maniglie che non sono identificabili; spigoli vivi).

La disposizione degli arredi deve garantire il transito agevole per gli spostamenti di persone evitando eventuali situazioni di intralcio e/o pericolo specialmente nei locali di passaggio.

È consigliabile prevedere uno spazio libero di almeno un metro, attorno o davanti (per i mobili accostati alle pareti).

Ad esempio, in cucina e in camera da letto, che sono luoghi in cui si verificano il maggior numero di infortuni sia in termini di frequenza che di gravità, è importante lasciare un ampio spazio di manovra tra i fornelli, i piani adiacenti ed il tavolo oppure intorno al letto.

Un'adeguata illuminazione può prevenire il verificarsi di infortuni.

Ad esempio: posizionare dei punti luce, eventualmente, una luce notturna sempre accesa nel tratto di passaggio tra bagno e camera da letto, interruttori in modo da non dover percorrere tratti al buio per accendere o spegnere la luce nell'ambiente.

Un capitolo a parte e di particolare importanza è da dedicare ai collegamenti verticali, cioè scale e qualsiasi dispositivo meccanico atto al superamento di dislivelli di una certa entità.

Ovviamente un intervento primario è la presenza di un mancorrente robusto e di facile presa che rappresenta comunque un supporto e una guida per le salite e le discese ed un aiuto in caso di incertezze nell'incedere.

Per quello che attiene alla percezione visiva sono presenti oggi sul mercato molteplici esempi di dispositivi illuminanti, che permettono di distinguere i gradini e gli spazi di sosta, e sono facilmente applicabili alla stragrande maggioranza delle situazioni.

Accanto ai tradizionali dispositivi di sicurezza ormai comunemente utilizzati quali le bande di materiale ruvido e di colore evidente che comunque contribuiscono alla riconoscibilità dei dislivelli, possono essere adottati mezzi di contenimento ambientale anti-infortunistica più incisivi quali le barre rimovibili, poste a limitare l'accesso alle scale per evitare rovinose cadute di anziani incuriositi o in carrozzina.

Un'ultima ma preziosa considerazione sull'idea che la progettazione architettonica di un luogo per la cura degli anziani, anche se con ridotta capacità visiva dovrebbe, esprimere l'immagine di una casa amica, piuttosto che un edificio clinico convenzionale.

Non è questo un tema che si possa affrontare con un approccio generico, ma è a mio parere importante sottolineare come anche il fattore

psicologico giochi un ruolo determinante nel superamento delle difficoltà dovute ai problemi dell'invecchiamento ed al confronto dell'anziano con l'ambiente che lo circonda.





LE «FARMACIE DEI SERVIZI» SONO LEGITTIME

Le “farmacie dei servizi” disegnate dal decreto ministeriale del 16 dicembre 2010 sono legittime. Di più: sono «in linea con il processo di liberalizzazione in atto nell'ordinamento».

La sezione terza quater del Tar Lazio, con altre due sentenze (n. 5263 e n. 5634 del 22 febbraio 2012), è tornata a respingere i ricorsi contro il Dm presentati da case di cura, centri di fisioterapia, laboratori analisi e dal Consiglio nazionale dei chimici, come aveva già fatto un mese fa (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 5/2010).

Stavolta l'oggetto del contendere era rappresentato dal via libera all'ingresso in farmacia di altre figure professionali, come infermieri e fisioterapisti.

«Si consente al farmacista di erogare una serie di prestazioni sanitarie - tuonavano FederAnisap e gli altri - che aggirano completamente il concetto di globale presa in carico del paziente, di fatto demandato al solo farmacista senza la supervisione di un medico specialista in riabilitazione, con l'ausilio del solo fisioterapista che può effettuare a condizioni palesemente più favorevoli e

assolutamente prive di controlli».

Ma il tribunale amministrativo regionale è tassativo. Ricordando che già il D.Lgs 253/2009 ha previsto che i fisioterapisti e gli infermieri possano erogare in farmacia e a casa del paziente una serie di prestazioni definite, a patto che siano prescritte dai medici di famiglia, il Tar sottolinea che questi profili non agiscono «in via autonoma ma dietro prescrizione medica».

Non c'è quindi nessun “aggiramento” della presa in carico del paziente. E non c'è l'obbligo che operino alla presenza di un camice bianco.

«Né si potrebbe ritenere - continua il Tar - che la presenza di fisioterapisti in farmacia per l'erogazione di prestazioni trasformi la farmacia in ambulatorio e il farmacista in imprenditore».

Il farmacista non è infatti «per nulla tenuto ad assumere fisioterapisti a tempo pieno ma solo a organizzarsi in modo da poterne sollecitamente disporre al momento del bisogno».

Resta intatta la sua funzione «fondamentale e specifica»: la vendita

di medicinali. Nessuna disparità di trattamento, infine, tra le farmacie e gli ambulatori per quanto riguarda le autorizzazioni.

Le osservazioni dei ricorrenti, per il tribunale, «non tengono conto delle profonde differenze che dal punto di vista strutturale e funzionale distinguono» le prime dai secondi «e che giustificano pienamente i diversi titoli di autorizzazione all'esercizio delle relative attività».

Le farmacie svolgono una funzione «essenzialmente commerciale», che non risulta innovata dalla mera messa a disposizione di un fisioterapista.

Gli ambulatori, al contrario, svolgono «attività diagnostica e terapeutica», che implica conoscenze e responsabilità «non paragonabili».

Manuela Perrone



PARAFARMACIE: REGOLE SU REQUISITI E FARMACOVIGILANZA

Area logistico-amministrativa, spazi separati da zone di vendita di prodotti diversi, frigoriferi, temperatura a 25 gradi, spogliatoi per il personale, striscia di cortesia per la privacy.

E ovviamente: partecipazione alla normale attività di farmacovigilanza (segnalazione eventuali reazioni avverse), inserimento nel sistema tracciabilità del farmaco, insegne magari multicolori tranne che verdi (per legge riservate alle farmacie) e farmacisti sempre presenti e ben riconoscibili con camice e distintivo.

Questi in estrema sintesi i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di corner ed esercizi di vicinato dediti alla vendita di medicinali “fuori canale” come riorganizzati da un decreto della Salute pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 95 del 23 aprile 2012.

Emanato in osservanza del DI 201/2011 (c.d. “salva-Italia”, L. 214/2011) il decre-

to predisposto dalla Salute conferma e sistematizza il grosso dei criteri e requisiti già fissati dalla circolare n. 3/2006.

Novità al passo coi tempi (con le leggi) la distinzione in due allegati dei requisiti per i negozi che vendono solo i farmaci di automedicazione e quelli che venderanno anche gli ex farmaci C delistati.

Solo per questi ultimi si prevede in più che restino “inaccessibili” durante l'orario di apertura e che la “vendita” (non solo il consiglio) sia effettuata dal farmacista: tutti gli altri requisiti sono identici.

Secondo qualche addetto ai lavori l'impostazione del decreto potrebbe preludere allo sviluppo di due scenari: il futuro prossimo transito di tutta la C anche nel fuori canale o la fuoriuscita dei farmacisti dai negozi di sola automedicazione.



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

CAVINI SALVATORE (CNA Imola)

Tel. 0542 632611

CUCCARO DARIO (CNA Rimini)

Tel. 0541 787967

FREGNI AZIO (CNA Modena)

Tel. 059 418573

GHIRETTI GIULIA (CNA Parma)

Tel. 0521 227280

MALAVASI SONIA (CNA Bologna)

Tel. 051 299330

ROBBONI FRANCESCO (CNA Ferrara)

Tel. 0532 749111

RUFFILLI REMO (CNA Forlì-Cesena)

Tel. 0543 770285

SALVINO TERESA (CNA Reggio Emilia)

Tel. 0522 356395

SUZZI ROBERTA (CNA Ravenna)

Tel. 0544 298634

TAGLIAFICHI GIUSEPPINA (CNA Piacenza)

Tel. 0523 572211



FARMACI SOGGETTI A PRESCRIZIONE MEDICA NELLE PARAFARMACIE?

Una questione al vaglio della Corte di Giustizia delle Comunità Europee.



Il fatto

Nel corso del 2011, una farmacista abilitata, iscritta all'ordine e titolare di una parafarmacia, ha comunicato al Ministero della Salute, all'ASL competente, all'AIFA, alla Regione e al Comune interessati, di avere intenzione di avviare la vendita al pubblico dei medicinali di cui all'art. 87, comma 1, lett. a) e b) del decreto legislativo n. 219/06 ovvero di farmaci soggetti a prescrizione medica a totale carico del cittadino acquirente senza richiesta di rimborso da parte del Ssr e Ssn, nonché di tutte le specialità medicinali per uso veterinario soggette

a ricetta medica, anch'esse a totale carico dell'acquirente.

Il Ministero della Salute ha rigettato la domanda asserendo che, sulla base della normativa vigente, la vendita dei medicinali in questione può essere effettuata solo all'interno delle farmacie. L'ASL competente ha invece replicato che l'attività di vendita diretta di medicinali ad uso veterinario soggetti a prescrizione e l'attività di parafarmacia devono avvenire in ambienti separati o in orari diversi.

Con ricorso, la titolare della parafarmacia ha impugnato i dinieghi.

Il diritto

Il TAR Lombardia, dopo aver svolto una approfondita disamina della disciplina in materia e delle sue evoluzioni storiche,

superando anche alcune complesse dinamiche, tenuto conto del tenore delle censure mosse dalla farmacista in ordine ad una ipotesi di contrasto tra la normativa posta a fondamento dei provvedimenti negativi del Ministero e dell'ASL rispetto al diritto dell'Unione Europea, ha delineato a chiare lettere una rilevanza comunitaria della questione.

La disciplina italiana, ha osservato il Collegio, sembra in contrasto con l'art. 49 TFUE, in quanto idonea a rendere di fatto pressoché impossibile lo stabilimento di un farmacista in Italia che voglia accedere al mercato dei farmaci di fascia C soggetti a prescrizione medica, oltre che a rendere concretamente più difficile lo svolgimento di tale attività economica entro il mercato nazionale.

Il contingentamento del numero di esercizi farmaceutici sul territorio nazionale abilitati alla vendita dei farmaci di fascia C si tradurrebbe in una sproporzionata protezione di reddito delle strutture esistenti, piuttosto che nel conseguimento di una razionale e soddisfacente distribuzione territoriale degli esercizi di vendita al pubblico dei farmaci.

Esito del Giudizio

Ai fini della risoluzione della questione, il TAR ha giudicato rilevante sollevare questione pregiudiziale dinanzi alla Corte di Giustizia delle Comunità Europee nei seguenti termini: «Se i principi di libertà di stabilimento, di non discriminazione e di tutela della concorrenza di cui agli articoli 49 ss. TFUE, ostano ad una normativa nazionale che non consente al farmacista, abilitato ed iscritto al relativo ordine professionale ma non titolare di esercizio commerciale ricompreso nella pianta organica, di poter distribuire al dettaglio, nella parafarmacia di cui è titolare, anche quei farmaci soggetti a prescrizione medica su "ricetta bianca", cioè non posti a carico del Ssn ed a totale carico del cittadino, stabilendo anche in questo settore un divieto di vendita di determinate categorie di prodotti farmaceutici ed un contingentamento numerico degli esercizi commerciali insediabili sul territorio nazionale».

Il processo è stato sospeso fino alla definizione della questione pregiudiziale.

Avv. Rodolfo Pacifico



A CARICO DEI PAZIENTI 30,6 MILIARDI, LOW COST CRESCE

I cittadini spendono di tasca propria 30,6 miliardi di euro, con un aumento dell'8% rispetto al periodo 2007-2010. In questo quadro, il low cost la fa da padrone, con un valore stimato pari a 10 miliardi di euro e una crescita che sarà del 25% l'anno. A scattare la fotografia è il Monitor biomedico 2011, l'analisi del Censis presentata a Roma nell'ambito del Forum per la Ricerca Biomedica.

Secondo quanto emerge, ci sono settori dalla copertura pubblica da sempre giudicata inadeguata, come l'odontoiatria, con il 95% della spesa a carico dei privati, pari a quasi 12 miliardi di euro l'anno, e settori, come quello del farmaco, che ha subito tagli pari al 3,5% della spesa pubblica e un incremento della spesa privata del 10,7% nel triennio 2007-2010. In generale, «è stimato in 17 miliardi di euro nel 2015» sottolinea Giuseppe De Rita e Carla Collicelli, presidente e vicepresidente del Censis, «il gap cumulato tra le risorse di cui ci sarebbe bisogno per coprire i bisogni sanitari dei cittadini e i soldi pubblici che presumibilmente il Servizio sanitario nazionale (Ssn) avrà a disposizione».

Un quadro che sembra andare a tutto vantaggio del low cost, il cui mercato

farà registrare una crescita del 25% l'anno. In generale, i prezzi delle prestazioni possono subire ribassi di non meno del 30%, con punte che arrivano a -60% o addirittura, soprattutto su internet, a -85%. La situazione preoccupa i sindacati: «I tagli al Fondo sanitario Nazionale e ai finanziamenti alle Regioni e i piani di rientro» interviene l'Anao «non fanno che trasferire sulle spalle dei cittadini il costo di bisogni sanitari che non possono essere compressi o rinviati. Si alimenta in tal modo un mercato privato di 30 miliardi di euro e una sanità low cost che diventa un qualsiasi prodotto da consumare, anche se il più delle volte di incerta provenienza e di scarsa affidabilità». «Il fatto che i costi a carico dei cittadini siano così elevati» è il commento di Farmindustria «mette in chiaro che ci sono spazi per modifiche al sistema».

La spesa dei cittadini va portata nella compartecipazione. D'altra parte, abbiamo un sistema universalistico basato su dati anagrafici diversi da quelli reali, con 3,5 milioni di cittadini over 80».



LA FUGA DAI PREZZI DI MERCATO

La grande scalata delle cure «low cost»

Check up donna al 15% del valore reale di mercato. Check up medico completo, ricco di analisi, a un quarto del valore. La blefaroplastica te la porti a casa con il 25% del prezzo di listino teorico.

Sono le offerte a cui, stretti dalle manovre di bilancio, gli italiani si rivolgono sempre più spesso.

«Stime Assolowcost - si legge nel Report Censis-Forum per la ricerca biomedica - indicano in oltre 10 miliardi di euro il valore della Sanità low cost, con una dinamica di crescita annua estremamente intensa, dell'ordine del 25%».

Mentre secondo una ricerca della Scuola di formazione continua del Campus biomedico di Roma il risparmio ottenibile rivolgendosi alle strutture che erogano prestazioni "a basso prezzo" oscilla tra un minimo del 30% a un massimo del 60%.

Con tagli ai prezzi di mercato fino all'80%, nel segmento che opera sul web tramite offerte promozionali.

Se si deve ricorrere a una data prestazione sanitaria, magari perché prescritta dal medico, e non si vogliono o non si possono aspettare i tempi del pubblico, è frequente che si tenda ad acquistarla direttamente a un prezzo più favorevole.

E «da questo punto di vista può essere interessante osservare come si va modificando l'offerta sanitaria privata, all'interno della quale è in corso una proliferazione di provider di vario tipo a seguito dei processi di ristrutturazione in atto nel servizio sanitario».

L'odontoiatria è il settore paradigmatico dell'exploit di un fenomeno destinato a crescere.

Tanto più vista la crisi che attanaglia gli studi dentistici, che nel solo 2009 hanno registrato quasi un milione di visite in meno.

Una seduta completa si può acquistare sul web, ricordano ancora dal Censis, al 15% del costo di mercato.

Ma a farsi largo è anche la prevenzione, con l'offerta di pacchetti che alle orecchie delle famiglie imposterite suonano sempre più come sirene irresistibili.

«Quel che è certo è che nell'ambito della componente privata del mercato sanitario crescono anche il low cost e

l'appeal del low cost.

Questo prefigura scenari preoccupanti per vari motivi - si legge ancora nel report Censis-Forum per la ricerca

biomedica - innanzitutto per i possibili danni derivanti da un rapporto costi/benefici squilibrato, ma anche per la mancanza di controlli di qualità, per il venir meno del principio di universalismo e per l'induzione di una domanda impropria e di risposte inappropriate».

Senza contare l'"impatto moltiplicatorio", e dunque di rigonfiamento dei consumi, in direzioni non sempre di prima necessità, a tutto scapito dei bisogni e

Valore (stima)	10 mld di euro
Crescita annua attesa (variazione % sul valore annuo)	20-30%
Risparmio sul prezzo delle prestazioni sulle normali tariffe di mercato (*)	30-60%
Offerte promozionali di siti web: risparmio sul prezzo delle prestazioni sulle normali tariffe di mercato	70-85%
(*) Indagine della Scuola di formazione continua del Campus Biomedico di Roma	
Fonte: elaborazione Fbm-Censis su dati Assolowcost	

delle prestazioni essenziali e appropriate».

C'è infine la distinzione, d'obbligo, tra le caratteristiche dei soggetti promotori: for profit "puri" o addirittura "non profit" che, oltre a reinvestire nella comunità di origine, guardano al mercato socio-sanitario e socio-assistenziale privato spesso in una logica di territorio e di continuità assistenziale.



I CINQUE REBUS CHE CONTANO PER IL DENTALE

Completa detraibilità delle spese sostenute dal paziente odontoiatrico, maggiore deducibilità degli investimenti da parte degli studi odontoiatrici, rispetto e armonizzazione delle norme sulla sicurezza dei prodotti e delle strutture sanitarie, lotta all'abusivismo professionale e revisione dell'allegato B della legge 175/ (Legge Volponi).

Questi i temi sotto la lente di odontoiatri, igienisti dentali, odontotecnici, Università, società scientifica, industria e distribuzione del settore nel corso di un convegno recentemente organizzato a Milano.

Tra i dati illustrati la crescente tendenza dei cittadini italiani a disertare gli studi odontoiatrici e la necessità di facilitare gli investimenti in apparecchiature e tecnologie da parte dei professionisti.

Nell'ultimo anno - è stato ricordato - il 59,6% degli italiani non si è recato dal dentista neppure per effettuare una seduta di igiene orale (fonte Datanalys gennaio 2012): consentire al cittadino di detrarre la spesa sostenuta per intero o con una percentuale maggiore dell'attuale 19% (per le spese superiori a 200 euro) consentirebbe un maggiore accesso ai trattamenti.

Per quanto riguarda gli investimenti e gli acquisti da parte degli studi - che già oggi determinano un giro d'affari annuo da 1,2 miliardi - nel mirino dei professionisti ci sono i piani di ammortamento fissati in otto anni ritenuti penalizzanti in una realtà che rende obsolete le apparecchiature elettromedicali già a due o tre anni dall'acquisto.

A seguire la questione bifronte della sicurezza, con la richiesta di maggiori controlli sui prodotti extra Ue, dell'armonizzazione delle delibere regionali sull'apertura degli studi, di una stretta sull'abusivismo.

Infine la questione legata alla Legge Volponi.

L'allegato che ne costituisce parte integrante elenca una serie di materiali e attrezzature vendibili esclusivamente agli iscritti all'Albo degli odontoiatri mai più aggiornato lasciando le imprese produttrici a rischio sanzione poiché la classificazione di materiali e attrezzature prodotti in questi ultimi 20 anni varia con l'interpretazione di chi effettua la verifica.



SOCIETÀ, PUBBLICITÀ «LIBERA»

Nessun obbligo di autorizzazione preventiva: il decreto Bersani vale per tutti

Sanità

n. 11 del 20 marzo 2012

CASSAZIONE/ Accolto il ricorso del direttore sanitario di una struttura odontoiatrica

Finalmente la Cassazione con la sentenza n. 3717 del 9 marzo 2012 fa chiarezza sull'applicazione del "decreto Bersani" anche alle strutture sanitarie gestite da società di capitali.

Come noto infatti l'art. 2 della legge 248/2006 liberalizzava la pubblicità per le attività professionali e intellettuali.

In ambito sanitario, dopo una prima fase di applicazione generalizzata della nuova disciplina, il ministero della Salute nell'aprile del 2008 interveniva con una nota secondo la quale il decreto poteva trovare applicazione solo per i professionisti, mentre alle strutture continuava ad applicarsi la legge 175/1992.

Una svolta che ha provocato il caos: alcuni Ordini e Regioni hanno deciso di non adeguarsi alla nota ministeriale non ritenendola fondata giuridicamente, mentre in altre realtà si è tornati

all'applicazione della legge 175, creando in questo modo una rilevante e ingiustificata disparità di trattamento: mentre infatti la disciplina del '92 era molto restrittiva e di stampo prettamente formale (con richiesta di autorizzazione preventiva), il decreto Bersani, ispirato ai principi comunitari, liberalizza la pubblicità sottoponendola solo al vincolo della trasparenza e veridicità e a un controllo successivo da parte dell'Ordine.

In questo quadro normativo si inserisce il caso che ha portato alla sentenza di Cassazione.

Il direttore sanitario di una struttura odontoiatrica affiliata a un noto franchising spagnolo veniva sottoposto a procedimento disciplinare dall'Ordine della Spezia per ingannevolezza della pubblicità relativa alla sua struttura.

Ritenuta sussistente l'ingannevolezza ai sensi del decreto Bersani, il manager veniva condannato a sei mesi di sospensione dall'albo (sanzione peraltro prevista dalla legge 175/92).

Data la totale sproporzionalità della sanzione applicata e ritenuta infondata la decisione ordinistica, l'odontoiatra decideva di impugnarla avanti alla Commissione centrale esercenti professioni sanitarie che, senza entrare nel merito, sosteneva tout court l'applicazione della legge 175 e quindi la mancanza a monte dell'autorizzazione preventiva.

La terza sezione civile della Suprema Corte smentisce invece, in toto, sia la nota del ministero che la decisione della Commissione, stabilendo che il decreto Bersani si applica a tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie, indipendentemente dalla natura giuridica del soggetto erogante.

Si legge nella sentenza: «L'abrogazione generale contenuta nell'art. 2 lett. B della legge 248/2006 nella quale è sicuramente compresa l'abrogazione delle norme in materia di pubblicità sanitaria, di cui alla legge 175/92 prescinde dalla natura (individuale, associativa, societaria) dei soggetti rispetto ai quali rileva l'esercizio della professione sanitaria, atteso che la stessa è attuativa dei principi comunitari volti a garantire la libertà di concorrenza e il corretto funzionamento del mercato e sarebbe illegittimo oltre che irragionevole, limitarne la portata all'esercizio della professione in forma individuale, fermo restando che all'interno del nuovo sistema normativo, nel quale la pubblicità non è soggetta a forme di preventiva autorizzazione, gli Ordini professionali hanno il potere di verifica, al fine dell'applicazione delle sanzioni disciplinari, della trasparenza e della veridicità del messaggio pubblicitario».

Stop quindi all'autorizzazione preventiva e possibilità anche per le strutture sanitarie gestite da società di effettuare pubblicità nei limiti dei criteri di veridicità e trasparenza.

La sentenza chiarisce poi - sulla scia dei provvedimenti normativi di recente attuati e in via di emanazione - gli obiettivi del decreto Bersani: «Garantire la libertà di concorrenza, secondo condizioni di pari opportunità e il corretto e uniforme funzionamento del mercato».

Avv. Silvia Stefanelli



RESPONSABILITÀ PENALE PER IL MEDICO DENTISTA CHE SI AVVALE DI ABUSIVO

CASSAZIONE PENALE 26 GENNAIO 2012 N. 3222

Nel caso di specie, un medico odontoiatra in qualità di responsabile dello studio e un sedicente medico dentista (abusivo), sottoponevano una paziente a complesse operazioni chirurgiche, inadeguate rispetto alla patologia sofferta, in difetto altresì di valido consenso informato.

Entrambi, all'esito di un giudizio abbreviato incardinato dalla sfortunata paziente, venivano condannati alla pena di un anno e sei mesi di reclusione per aver cagionato volontariamente alla medesima gravi lesioni all'apparato dentale.

A seguito di ricorso promosso dall'odontoiatra e dell'abusivo, il giudice di appello riteneva non sussistente il reato di lesioni dolose non essendo stata provata, a suo dire, la volontà di cagionare la malattia ed i postumi invalidanti

invece verificatisi.

Contro la sentenza d'appello proponevano ricorso per Cassazione sia il Procuratore Generale, che la parte civile.

Il giudizio dinanzi la Suprema Corte ruotava attorno all'individuazione dell'elemento soggettivo che sorregge l'odontoiatra quando compie un intervento chirurgico facendosi aiutare da un soggetto privo delle dovute abilitazioni: in sostanza la sentenza va ad indagare la valenza dell'elemento soggettivo del "prestanome".

La Corte, in questo senso, ha ritenuto sussistere in capo al dentista il dolo indiretto in quanto il fatto che l'abusivo non avesse i titoli rendeva molto più elevato il rischio che si verificassero complicazioni che il medesimo non fosse poi in grado di gestire.

Avv. Claudia Patti



NEL SISTEMA DEI TETTI DI SPESA GLI OPERATORI SANITARI PRIVATI VANNO SALVAGUARDATI



Il Consiglio di Stato in adunanza plenaria ha delineato i temi della legittimità dei tetti di spesa in materia sanitaria, della loro fissazione nel corso dell'anno e degli effetti retroattivi, ma ha anche modulato una significativa apertura verso una maggior tutela degli operatori privati della sanità.

I tetti di spesa, si è osservato, sono in via di principio indispensabili, date le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica.

La natura vincolante delle determinazioni regionali in tema di limiti alle spese sanitarie è strettamente collegata alla necessità che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si dispieghi nell'alveo di una seria ed effettiva pianificazione finanziaria. Ne deriva che l'attività di programmazione, tesa a garantire la corretta gestione delle risorse disponibili, assume valenza imprescindibile in quanto la fissazione dei limiti di spesa rappresenta l'adempimento di un preciso ed ineludibile obbligo che influisce sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per la remunerazione delle prestazioni erogate.

In questa cornice la fissazione dei tetti in corso di anno, pur se apparentemente in distonia con la finalità di programmazione che ne implicherebbe la caratterizzazione preventiva, risulta la conseguenza fisiologica dei tempi non comprimibili che permeano le varie fasi procedurali previste dalla legge in

relazione alla definizione dei fondi all'uopo utilizzabili.

L'esercizio del potere di programmazione dovrà tener conto della esigenza di bilanciare il contenimento della spesa con la pretesa degli assistiti a prestazioni sanitarie adeguate e con l'interesse degli operatori privati ad agire con un logica imprenditoriale sulla base di un quadro, nei limiti del possibile, certo e chiaro circa le prestazioni remunerabili

e le regole applicabili.

La tutela delle legittime aspettative degli operatori privati, in coerenza con il fondamentale principio di certezza dei rapporti giuridici, riposa, in primo luogo, sulla valorizzazione dell'affidamento degli operatori economici e sull'ultrattività dei tetti già fissati per l'anno precedente, salve le decurtazioni imposte dalle successive norme finanziarie.



STATISTICHE IN SANITÀ'



L'ammontare dei ticket per Regione sul totale della spesa (2009)

Descrizione Regione	Ticket specialistica (produzione da pubblico) da dati Ce	Ticket specialistica (produzione da privato) stima su dati La	Ticket specialistica in Ps e altro da dati Ce	Ticket spesa farmaceutica convenzionata da dati Agenas	Stima somma totale ticket riscossi	Totale spesa sanitaria da Ce	Percentuale sul totale della spesa
Piemonte	112.318	47.158	531	53.523	213.530	8.981.172	2,38%
Valle d'Aosta	4.524	707	25	695	5.951	298.233	2,00%
Lombardia	178.801	116.964	4.529	181.844	482.138	18.158.576	2,66%
Pa Bolzano	14.428	1.403	1.832	6.029	23.691	1.181.569	2,01%
Pa Trento	14.004	4.987	375	2.256	21.622	1.161.737	1,86%
Veneto	127.504	65.306	4.611	86.392	283.813	9.358.426	3,03%
Friuli V.G.	35.505	11.371	512	7.468	54.855	2.588.317	2,12%
Liguria	14.783	6.343	22.081	19.411	62.619	3.565.409	1,76%
Emilia R.	128.717	26.692	3.602	27.943	186.954	8.979.805	2,08%
Toscana	103.395	21.701	6.656	25.498	157.250	7.766.961	2,02%
Umbria	21.851	4.440	500	6.339	33.130	1.774.191	1,87%
Marche	40.980	8.122	-	11.389	60.490	2.988.021	2,02%
Lazio	91.797	74.276	35.269	105.778	307.119	12.009.936	2,56%
Abruzzo	26.300	29.007	3.096	20.796	79.199	2.635.782	3,00%
Molise	3.926	4.845	1.953	5.591	16.315	681.180	2,40%
Campania	30.656	68.150	9.984	71.705	180.495	10.426.118	1,73%
Puglia	48.142	38.815	5.136	44.229	136.322	7.647.423	1,78%
Basilicata	10.111	4.345	5	4.020	18.481	1.156.950	1,60%
Calabria	7.732	6.020	14.052	34.134	61.938	3.578.961	1,73%
Sicilia	40.827	72.059	927	134.606	248.419	8.959.706	2,77%
Sardegna	25.896	17.034	2.174	12.575	57.679	3.190.928	1,81%
Italia	1.082.197	629.745	117.850	862.220	2.692.012	117.089.401	2,30%



Odontotecnici



Ottici



Podologi



Tecnici Ortopedici



Fisioterapisti e Massofisioterapisti



Sanità in generale



Normative e notizie di stampa



Approfondimento

Per informazioni



Emilia Romagna
CNA Benessere e Sanità

Daniele Dondarini

Responsabile CNA Benessere e Sanità Emilia Romagna

Via Rimini, 7—40128 Bologna

tel. 051/21.33.124—Fax 051/21.33.330

E-mail: benesseresanita@cnaemiliaromagna.it

www.cnaemiliaromagna.it