



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Case di cura**Il Tar prende tempo
contratti sanità
ancora in alto mare**

Tetti di spesa e budget per ambulatori, laboratori, gabinetti radiologici e Case di cura: in alto mare le intese con la Regione. Nulla di fatto ieri, al Tar Campania, sul nodo della clausola di salvaguardia. Alla luce dei nuovi motivi intervenuti - ossia il nuovo decreto (n. 103) adottato a inizio ottobre dai commissari Polimeni e D'Amario, (impugnato) e il decreto 111 che da un lato ribadisce la validità della clausola e dall'altro disciplina meglio le aggregazioni in corso tra grandi e piccoli laboratori - il giudice amministrativo è chiamato a un nuovo responso sulla richiesta di sospensiva.

> Mautone a pag. 31

L'assistenza

Sanità, il Tar prende tempo: contratti in alto mare

Case di cura verso lo sciopero. La Regione: pronti a rivedere il fabbisogno 2017 a fine anno

Ettore Mautone

Tetti di spesa e budget per ambulatori, laboratori, gabinetti radiologici e Case di cura: in alto mare le intese con la Regione. Nulla di fatto ieri, al Tar Campania, dove si discuteva il nodo della clausola di salvaguardia, considerata capestro dagli ex convenzionati che sbarrano il passo ai contenziosi e inserita nello schema di contratto. Alla luce dei nuovi motivi nel frattempo intervenuti - ossia il nuovo decreto (n. 103) adottato a inizio ottobre dai commissari Polimeni e D'Amario, (anch'esso impugnato) e il decreto 111 che da un lato ribadisce la validità della clausola e dall'altro disciplina meglio le aggregazioni in corso tra grandi laboratori e piccole strutture destinate a diventare centri prelievo - il giudice amministrativo, in seduta monocratica, è chiamato a dare un nuovo responso sulla richiesta di sospensiva. La decisione di merito (collegiale) in ogni caso inevitabilmente slitterà di almeno due settimane.

Dalla Regione viene comunque sollecitata la firma dei contratti: «Abbiamo ottenuto grossi passi avanti nelle trattative - avverte Enrico Coscioni, consigliere di De Luca per la Sanità, per la riabilitazione la riallocazione delle risorse sui setting assistenziali penalizzati ha sbloccato la situazione e molte strutture hanno già firmato le intese con le Asl. I laboratori e i centri specialistici hanno ottenuto lo stralcio della clausola per il pregresso e le Case di cura dovrebbero valutare positivamente l'incremento, sia pure esiguo, del budget per 24,5 milioni. Per il 2017 siamo pronti a sederci al tavolo per aggiornare il fabbisogno fermo a 15 anni fa. Se per decenni non si è fatto nulla non si può pretendere che in otto mesi si risolvano tutti i problemi della categoria che esistono e vanno affrontati gradualmente».

Intanto, fino a che il giudice non si sarà pronunciato (potrebbe farlo anche oggi, ovvero nei prossimi giorni, concedendo o meno la sospensiva), resta in piedi l'imminente scadenza del 15 ottobre, data fissata per la sigla dei contratti in base all'ultimo decreto adottato dai commissari. Una proroga, rispetto alla precedente scadenza del 30 settembre, ottenuta proprio grazie all'intervento del presidente De Luca che a cui va il merito di aver superato il muro eretto dai commissari.

In pratica però, è ancora tutto in alto mare. La stragrande maggioranza dei titolari dei centri, di ambulatori, strutture radiologiche e Case di cura convenzionate allo stato non ha ancora firmato le intese

Coscioni
«I privati capiscano: per decenni non è stato fatto nulla. Difficile svolta in pochi mesi»

con le Asl né, per ora, è intenzionato a farlo. Anzi si annuncia un nuovo autunno caldo con scioperi e mobilitazioni. Tra i sindacati più agguerriti c'è la Federlab che prepara una serrata - "contro i commissari" si legge in una nota - da tenersi tra il 15 e il 20 ottobre con la chiusura di ambulatori e laboratori e contestuale denuncia alle Corti dei conti per le maggiori spese sostenute dai centri pubblici. Sul piede di guerra anche i rappresentanti dei centri specialistici ambulatoriali che aderiscono dall'Aspat e le strutture di diagnostica radiologica rappresentate dal sindacato Radiologi (Snr) che chiedono non solo il superamento dello scoglio della clausola ma anche la separazione tra la programmazione del 2016 (ormai conclusa) da quella del 2017 da definire subito rispetto al reale fabbisogno.

A ciò si aggiunge lo sciopero per il 17 ottobre dei medici della ospedalità privata (Cimop) e dei camici bianchi del comparto indetto da Cgil, Cils e Uil che si lega alla vertenza delle Case di cura tutt'altro che risolta con mobilitazione, negli ultimi giorni anche dei sindaci della provincia di Napoli e Caserta dove insistono le due strutture dotate di pronto soccorso e più penalizzate (Villa dei Fiori ad Acerra e Pineta Grande a Castelvoturno. Resta la speranza di accordo tra le parti soprattutto in ragione del grande favore con cui è stato accolto dalla categoria l'intervento di mediazione del Governatore De Luca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Budget esaurito, salvi solo dialisi radioterapia e diabetologia

Il disagio

Palazzo Santa Lucia stanziava 500mila euro per assicurare le terapie salvavita

Analisi di laboratorio e indagini diagnostiche: sul territorio della Asl Napoli 1 budget esaurito in quasi tutte le branche specialistiche. Resistono ancora la diabetologia in convenzione e le indagini di Medicina nucleare che andranno avanti rispettivamente fino a fine ottobre e fino a novembre. Sul fronte della Dialisi e della Radioterapia, considerate salvavita, c'è invece da considerare il faro dei contratti integrativi previsti dalle norme che dovrebbero assicurare la continuità assistenziale. Da Palazzo Santa Lucia fanno sapere che sono pronti 500 mila euro da mettere nel piatto per scongiurare l'interruzione dell'assistenza nei centri accreditati di Diabetologia. Per le altre branche, passate al regime privatistico, a giorni dovrebbe essere attivato un numero verde della Regione cui potranno rivolgersi pazienti che abbiano bisogno di analisi o indagini radiologiche urgenti e indifferibili. «Verranno indirizzate nelle strutture pubbliche in cui l'esame può essere effettuato senza attesa» spiegano da Palazzo Santa Lucia. Per tutti gli altri casi l'alternativa è dunque tra pagare la prestazione, prenotarsi in un ospedale e una Asl e attendere il turno delle liste di attesa ovvero pagare di tasca propria l'esame di cui si ha bisogno.

Al Vomero il centro Basile già dall'8 ottobre ha bloccato la ricezione delle ricette dopo la comunicazione ufficiale dell'esaurimento del budget da parte della Asl. Nella stessa zona ieri il centro De Bellis era l'unico che ancora accet-



I laboratori di analisi Stop alle prestazioni con la presentazione della ricetta

tava ricette ma già da oggi anche qui prelievi ed esami sono a carico dell'assistito. Dal centralino comunicano che bisognerà aspettare la prossima settimana per una decisione definitiva. È probabile che si aspetti il responso del Tar sulla clausola di salvaguardia. In molti casi il giudice, infatti, valuta infatti necessaria e indifferibile la prestazione erogata da un centro.

In altri quartieri di Napoli la situazione non cambia: prenotazioni bloccate e solo prestazioni a pagamento. Al centro Futura di Poggioreale sia la diagnostica di laboratorio sia quella radiologica per Ecografie e Tac rimanda al prossimo anno le prenotazioni in convenzione. Così anche per l'Sdn di Gianturco e di Via dei Mille. Prestazioni con ricetta rifiutate anche al diagnostico di Piazzetta Matilde Serao, uno dei più affollati in città. Ricette rifiutate anche nelle

”

Al Vomero

Prenotazioni e ricette bloccate: bisogna rivolgersi a ospedali e Asl con i turni di attesa

”

A Poggioreale

Radiologia, ecografie e Tac rimandate al 2017 per un ecocardiogramma si arriva a pagare 100 euro

decine di centri analisi attivi a Fuorigrotta, Soccavo, Barra e in altri popolosi quartieri di Napoli. Le tariffe oscillano tra un centro e l'altro ma in maniera poco significativa: per un elettrocardiogramma con visita cardiologica, disciplina tra le prime ad aver esaurito le risorse sia a Napoli sia in provincia, si pagano dai 30 ai 50 euro, si sale a 100 euro se si aggiunge un ecocardiogramma. Così per un'ecografia generica si pagano 30 euro e almeno 80 per una Tac. Tariffa che sale fino ai 200 euro in base al distretto corporeo considerato e se si utilizza il mezzo di contrasto o se si opta per una Risonanza magnetica. Si sborsano pochi euro invece, dai 3,50 ai 5 per un emocromo con formula leucocitaria e dai 2 ai 4 euro per un'analisi delle urine. Prezzi stracciati spesso praticati anche in alcune farmacie abilitate. Costi che salgono a circa 50 euro per un esame più complesso come quello relativo alla funzionalità della tiroide che prevede il dosaggio del ormone e quello di anticorpi tesi ad escludere una tiroidite immunitaria. Nelle Case di cura i ricoveri non vengono negati. Per alcune prestazioni, tuttavia, come lungodegenza e riabilitazione, c'è da fare i conti con le liste di attesa vista la scarsa offerta nel settore pubblico. Gli unici spiragli s'intravedono sul fronte della riabilitazione dove a Napoli 2 e ad Avellino la maggioranza delle strutture accreditate ha firmato i contratti grazie all'accoglimento delle richieste di modifica dell'allocazione delle risorse sui setting assistenziali più carenti (domiciliare e ambulatoriale) «Lo stesso non accade - conclude Polizzi portavoce del coordinamento delle strutture di riabilitazione - a Napoli 1 e Napoli 3 e così anche a Salerno e Benevento dove in maggioranza non abbiamo ancora firmato per la rigidità dei rami pur in presenza di precise indicazioni del presidente de Luca da cui sono scaturite alcune disposizioni commissariali che non risolvono tutti i problemi ma almeno alleviano le difficoltà dell'utenza contratta a lunghe liste di attesa».

et.ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le prestazioni specialistiche

in rosso le prestazioni
già esaurite

	NAPOLI 1	NAPOLI 2 NORD	NAPOLI 3 SUD	SALERNO	CASERTA	BENEVENTO	AVELLINO
 Branche a visita	14-ott-16	2-set-16	14-ott-16	20-ott-16	23-nov-16	N.P.	15-dic-16
 Cardiologia	3-set-16	16-ago-16	8-set-16	15-set-16	31-ott-16	N.P.	16-dic-16
 Diabetologia	23-ott-16	no accreditati	4-nov-16	15-ott-16	27-ott-16	28-ott-16	20-nov-16
 Laboratorio Analisi	29-set-16	29-set-16	15-ott-16	6-dic-16	3-nov-16	3-dic-16	31-dic-16
 Radiodiagnostica	5-ott-16	18-ott-16	8-ott-16	5-nov-16	4-nov-16	26-ott-16	4-dic-16
 Medicina Nucleare	22-nov-16	9-set-16	2-lug-16	5-ott-16	31-dic-16	30-set-16	31-dic-16
 Radioterapia	Contratto integrativo	Contratto integrativo	5-nov-16	Contratto integrativo	21-dic-16	N.P.	N.P.

La rivoluzione del «biotech» I nuovi farmaci made in Italy

Investimenti e ricerca: 211 aziende e 63mila addetti

La frontiera

Il presidente di Farindustria Scaccabarozzi: «Per un nuovo medicinale, ora finalmente bio, servono dieci anni di sperimentazioni e due miliardi e mezzo»

MASSIMO IONDINI
MILANO

«**È** come un Rinascimento. Ha ragione il ministro Beatrice Lorenzin quando dice che con questa ondata di innovazione del biotech la farmacologia sta passando dall'età del bronzo a quella dell'oro, anche grazie alla ricerca italiana». Non ha dubbi il presidente di Farindustria Massimo Scaccabarozzi, snocciolando dati e numeri che fanno sventolare alto il tricolore nel campo della farmaceutica. Una rivoluzione targata biotech. Se è indietro in altri ambiti e settori, con le sue eccellenze a livello scientifico e industriale l'Italia è un grande polo internazionale dell'innovazione per i farmaci biotech. Nel 2015 gli investimenti in ricerca sono stati 1,4 miliardi (7% del totale in Italia) e i pazienti possono al momento contare su 202 farmaci biotech (sono 300 i prodotti biotech in sviluppo, con le domande di brevetto cresciute del 54% nel 2015), che interessano 11 aree terapeutiche, frutto della ricerca di 28 aziende. Vaccini e malattie rare sono due dei più importanti campi di applicazione: 71 dei prodotti biotecnologici in commercio sono vaccini e 30 sono destinati al trattamento delle malattie rare. I progetti attualmente in sviluppo sono 324 (in crescita rispetto all'anno precedente del 7%) e riguardano soprattutto l'area oncologi-

ca dove, nei primi anni '90, il 46% dei pazienti italiani riusciva a sopravvivere a 5 anni dalla diagnosi di un tumore, mentre oggi la percentuale è salita a 57 per gli uomini e a 63 per le donne. Molti anche i progetti di sviluppo negli altri ambiti medici: dai 46 in neurologia ai 44 per le

malattie infettive, dai 35 per le malattie autoimmuni ai 24 per quelle metaboliche, epatiche ed endocrine.

A contribuire a rendere il settore farmaceutico un'eccellenza nel panorama nazionale e internazionale sono 211 aziende (dai colossi più noti alle micro imprese) per un fatturato nel biotech di 7.912 milioni di euro e investimenti in ricerca e sviluppo per 623 milioni. «Si pensa sempre che l'industria farmaceutica abbia l'obiettivo primario di fare profitto sulle malattie della gente - osserva Scaccabarozzi -. Certo, il profitto si fa e deve essere equo, ma in gran parte viene reinvestito nella ricerca, che lo Stato non può certo fare. Per sviluppare un farmaco oggi servono circa due miliardi e mezzo e dieci anni di studi e sperimentazioni, con il rischio di ingenti fallimenti. I farmaci oggi in commercio sono stati scoperti dieci anni fa, è il normale iter di sviluppo clinico e regolatorio. Se l'opinione pubblica pensasse al valore e ai costi della ricerca comincerebbe forse a provare un po' più di simpatia per la poco amata industria farmaceutica. Soprattutto adesso, con l'avvento dei farmaci biotech». Per capire lo sviluppo vertiginoso della ricerca in questo campo, si pensi che soltanto l'anno scorso l'European Medicines Agency (Ema) ha autorizzato 93 farmaci, di cui 70 sono nuove molecole. Dieci anni fa i nuovi prodotti erano 20, mentre i farmaci biotech oggi rappresentano il 20% di quelli in commercio, il 40% dei nuovi autorizzati e il 50% di quelli in sviluppo. «Ogni medicinale è il risultato di un lungo processo e, dopo la prima fase di sperimentazione, soltanto il 4% delle molecole diventa farmaco. È questo il motivo per cui la ricerca è quasi solo privata - spiega il presidente di Farindustria -. Con costi e rischi d'insuccesso così alti sarebbe molto difficile per lo Stato trovare le necessarie risorse».

Risorse, naturalmente, anche umane. L'anno scorso gli addetti nell'industria farmaceutica in Italia sono au-

mentati dell'1%, soprattutto in produzione e ricerca (+3%), arrivando a 63.500. I nuovi assunti sono stati seimila, il 20% in più rispetto ai 5 anni precedenti. E la metà sono under 30. Anche la produzione ha registrato un balzo in avanti con oltre 30 miliardi di euro, grazie alla forza trainante dell'export (22 miliardi, pari al 73%). Esportazioni che dal 2010 sono cresciute del 57% rispetto a una media dei Paesi Ue del 33%. Gli investimenti sono frattanto arrivati a 2,6 miliardi (1,4 in ricerca e sviluppo e 1,2 in produzione), con un aumento del 15% in due anni proprio grazie al biotech. «Oggi abbiamo farmaci sempre più mirati che vanno ad agire solo sulla parte della cellula malata senza intaccare le cellule sane, come è succeduto purtroppo con la chemioterapia - spiega Scaccabarozzi -. Grazie al biotech gli effetti collaterali vengono minimizzati, perché all'origine c'è una cellula vivente che rende i farmaci più compatibili con la biologia del nostro corpo. In laboratorio la sintesi chimica dei medicinali sarà soppiantata dal biotech».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Massimo Scaccabarozzi

I medici di base in estinzione E per il Governo va tutto bene

La situazione è al collasso nell'indifferenza totale
Possono restare senza dottore milioni di italiani

Salari da fame

I giovani borsisti di medicina generale hanno uno stipendio di 800 euro al mese. Così i neolaureati sono disincentivati

di STEFANO IANNACCONE

Un milione e mezzo di italiani senza il medico di base. Tra 6 anni gli italiani rischiano di finire in una situazione drammatica. Entro il 2022 e il 2023 almeno 22mila medici arriveranno alla fine della carriera. Si tratta della generazione che ha trovato lavoro negli anni Settanta, quando il numero di pazienti per ogni medico è sceso da 3mila a 1.500. E al momento non ci sono progetti per garantire un'adeguata sostituzione. In questo quadro critico la politica non fornisce adeguate risposte da decenni. Compreso il Governo Renzi, che non si segnala per iniziative sul settore, anche dopo l'allarme-pensionamenti lanciato dall'Ente nazionale di previdenza e assistenza medici (Enpam).

SCOSSA DAL PD

La scossa arriva dalla stessa maggioranza: la deputata del Partito democratico, **Giuditta Pini**, ha depositato un'interrogazione alla Camera per chiedere un chiarimento alla ministra dell'Istruzione, **Stefania Giannini**, in qualità di responsabile della ricerca, e alla ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, chiamata in causa per evidenti competenze sul tema. La preoccupazione è che non sia solo un problema di fondi, ma la dinamica risponde a una precisa logica: portare l'Italia verso un modello anglosassone, con la figura del medico di base che tende a sparire in favore dalla creazione di strutture intermedie, come le Case per la Salute, in cui vengono offerti "i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale", spiega il sito del Ministero della Salute. Ma c'è anche un'ulteriore direzione che si può prendere: quella dell'ospedalizzazione. In questo caso il paziente non ha più il medico di famiglia, pagato dalla Asl, e deve richiedere l'intervento di un medico all'ospedale. "Bisogna capire qual è la volontà politica, quindi conservare il ruolo sociale e sanitario del medico di famiglia", spiega a *La Notizia* Pini. La parlamentare del Pd mette sul tavolo anche una disparità economica: "I neolaureati, che scelgono specializzazioni quali chirurgia

o ortopedia, possono contare su una retribuzione mensile di 1700 euro, mentre borsisti che aspirano a diventare medici di famiglia raggiungono gli 800 euro".

GRADUATORIE DORMIENTI

L'illusione di poter attingere dalle graduatorie svanisce davanti alle cifre. Uno studio condotto in Emilia-Romagna rivela: "Sono circa il 40%, secondo una media regionale, gli iscritti in graduatoria intenzionati ad accedere alla professione". In pratica il 60% è in una fase dormiente: resta in graduatoria, ma non si attiva per intraprendere il percorso per lavorare come medico generale. **Carlo Curatola**, dirigente di Modena della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg), evidenzia: "La ricerca che abbiamo condotto ha trovato riscontri anche in Toscana e Calabria, confermando che è rischioso e illusorio soffermarsi solo sui numeri delle graduatorie".



Tetti di spesa, ora il Tar prende tempo l'accordo sui contratti resta in alto mare

La sanità/2

C'è ancora il nodo della clausola di salvaguardia su cui oggi dovrebbe decidere il tribunale

Ettore Mautone

Tetti di spesa e budget per ambulatori, laboratori, gabinetti radiologici e Case di cura: in alto mare le intese con la Regione. Nulla di fatto ieri, al Tar Campania, dove si discuteva il nodo della clausola di salvaguardia, considerata capestro dagli ex convenzionati che sbarrò il passo ai contenziosi e inserita nello schema di contratto. Alla luce dei nuovi motivi nel frattempo intervenuti - ossia il nuovo decreto (n. 103) adottato a inizio ottobre dai commissari Polimeni e D'Amario, (anch'esso impugnato) e il decreto 111 che da un lato ribadisce la validità della clausola e dall'altro disciplina meglio le aggregazioni in corso tra grandi laboratori e piccole strutture destinate a diventare centri prelievo - il giudice amministrativo, in seduta monocratica, è chiamato a dare un nuovo responso sulla richiesta di sospensiva. La decisione di merito (collegiale) in ogni caso inevitabilmente slitterà di almeno due settimane.

Dalla Regione viene comunque sollecitata la firma dei contratti: «Abbiamo ottenuto grossi passi avanti nelle trattative - avverte Enrico Coscioni, consigliere di De Luca per la Sanità - per la riabilitazione la riallocazione delle risorse sui setting assistenziali penalizzati ha sbloccato la situazione e molte strutture hanno già firmato le intese con le Asl. I laboratori e i centri specialistici hanno ottenuto lo stralcio della clausola per il pregresso e le Case di cura dovrebbero valutare positivamente



”

Coscioni
«I privati devono comprendere: per decenni non è stato fatto nulla. Difficile svolta in pochi mesi»

mente l'incremento, sia pure esiguo, del budget per 24,5 milioni. Per il 2017 siamo pronti a sederci al tavolo per aggiornare il fabbisogno fermo a 15 anni fa. Se per decenni non si è fatto nulla non si può pretendere che in otto mesi si risolvano tutti i problemi della categoria che esistono e vanno affrontati gradualmente».

Intanto, fino a che il giudice non si sarà pronunciato (potrebbe farlo anche oggi, ovvero nei prossimi giorni, concedendo o meno la sospensiva), resta in piedi l'imminente scadenza del 15 ottobre, data fissata per la sigla dei contratti in base all'ultimo decreto adottato dai commissari. Una proroga, rispetto alla precedente scadenza del 30 settembre, ottenuta proprio grazie all'intervento del presidente De Luca che a cui va il merito di aver superato il muro eretto dai commissari.

In pratica però, è ancora tutto in alto mare. La stragrande maggioranza dei titolari dei centri, di ambulatori, strutture radiologiche e Case di cura convenzionate allo stato non ha ancora firmato le intese con le Asl né, per ora, è intenzionato a farlo. Anzi si annuncia un nuovo autunno caldo con scioperi e mobilitazioni. Tra i sindacati più agguerriti c'è la Federlab che prepara una serrata - «contro i commissari» si legge in una nota - da tenersi tra il 15 e il 20 ottobre con la chiusura di ambulatori e laboratori e contestuale denuncia alle Corti dei conti per le maggiori spese sostenute dai centri pubblici. Sul piede di guerra anche i rappresentanti dei centri specialistici ambulatoriali che aderiscono dall'Aspat e le strutture di diagnostica radiologica rappresentate dal sindacato Radiologi (Snr) che chiedono non solo il superamento dello scoglio della clausola ma anche la separazione tra la programmazione del 2016 (ormai conclusa) da quella del 2017 da definire subito rispetto al reale fabbisogno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 12 OTTOBRE 2016

Ictus. Ecco i tre biomarcatori che predicono il rischio

Secondo alcuni ricercatori statunitensi, nei pazienti con fibrillazione atriale (FA), lo studio congiunto di tre parametri, troponina I, frazione N- terminale del pro-peptide B natriuretico e D-dimero, migliora la prognosi di eventi cardiaci. Un punteggio multimarker migliora notevolmente la capacità di predire il rischio di ictus, embolia sistemica o morte nei pazienti affetti da fibrillazione atriale.

(Reuters Health) – Secondo alcuni ricercatori statunitensi, nei pazienti con fibrillazione atriale (FA), lo studio congiunto di tre parametri, troponina I, frazione N- terminale del pro-peptide B natriuretico e D-dimero, migliora la prognosi di eventi cardiaci. Un punteggio multimarker – costituito da una combinazione di tre biomarcatori molto comuni e utilizzati nella pratica clinica – migliora notevolmente la capacità di predire il rischio di ictus, embolia sistemica o morte nei pazienti affetti da fibrillazione atriale, rispetto alla tradizionale stratificazione del rischio con il punteggio CHA2DS2-VASc”.

Il team del dottor **Christian T.Ruff** del Brigham and Women Hospital e della Harvard Medical School di Boston, è giunto a questa conclusione dopo una sotto-analisi dei dati, pubblicati da JAMA Cardiology, su 4.880 pazienti con fibrillazione atriale che hanno partecipato a uno studio randomizzato su edoxaban contro warfarin (ENGAGE AF-TIMI 48) ed erano a rischio moderato-alto di ictus.

Il rischio calcolato stratificando le concentrazioni crescenti dei tre biomarcatori è risultato 15 volte più alto del rischio ottenuto con il punteggio CHA2DS2-VASc. I ricercatori hanno sottolineato che ogni biomarcatore è un predittore prognostico migliore in combinazione.

“I dati della nostra analisi – ha concluso Ruff – sono una riprova del concetto che i biomarcatori possono contribuire ad importanti informazioni riguardo il rischio e possono influenzare le scelte dei più importanti dei medici rispetto ai trattamenti da attuare per i pazienti con fibrillazione atriale, ad esempio se il rischio di tromboembolia e morte di un paziente è sufficientemente alto da giustificare una terapia anticoagulante a tempo indeterminato il rischio associato di sanguinamento”.

Anil Pandit, dell’Heart Institute DeBakey di Hays in Kansas, ha commentato che la combinazione dei tre biomarcatori sembra essere interessante e promettente ai fini di affinare ulteriormente il punteggio attuale, sebbene ci siano a suo avviso riserve sulla validità e applicabilità generale dei dati. Lo studio presenta dei limiti, come il fatto che i pazienti randomizzati erano molto malati, avevano un’età media di 71 anni e più della metà aveva presentato insufficienza cardiaca, il che poteva aver portato alla positività dei tre biomarcatori. In mancanza di un gruppo di confronto, dubbi sussistono sul dato dell’aumento di mortalità che suggerisce, appunto, come i pazienti fossero a più alto rischio.

Fonte: JAMA Cardiology 2016

David Douglas

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Il diabete nei bambini angoscia i genitori

panoramasanita.it/2016/10/12/il-diabete-nei-bambini-angoscia-i-genitori/

Il 60 per cento dei genitori italiani si sente in qualche modo “oppresso” dalla malattia del figlio; 7 su 10 affermano di essere preoccupati per il rischio di ipoglicemia del figlio.

Milano, 12 ottobre 2016 – La principale preoccupazione per i genitori di un bambino con diabete? La riduzione del livello di zuccheri nel sangue e le crisi di ipoglicemia. È questo il vero incubo per 7 genitori italiani su 10, secondo l'indagine internazionale DAWN Youth promossa da International Diabetes Federation (IDF) e International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), con il contributo di Novo Nordisk, e condotta su circa 7mila bambini e ragazzi con diabete, sui loro genitori e sugli operatori sanitari. Genitori che, in 6 casi su 10, si sentono in qualche modo “oppressi” dalla malattia del figlio; in 1 caso su 2 (47%) dichiarano di avere avuto per questo motivo ripercussioni negative sul lavoro; e per il 33% denunciano un impatto economico da moderato a forte sul proprio bilancio familiare. Più positivi, invece, i diretti interessati, ossia i bambini e gli adolescenti con diabete, che nella stragrande maggioranza dei casi (93%) dichiarano che la malattia non ha mai causato, se non di rado, imbarazzo, e che nel 95% dei casi pensano di non sentirsi mai, o solo qualche volta, discriminati o limitati nelle proprie relazioni sociali e godono complessivamente di una buona qualità di vita. Anche se 3 giovani su 4 confessano che raramente il loro diabete è sotto controllo. «Che la paura di episodi di ipoglicemia, in particolare quelli notturni, nei propri figli preoccupi oltremodo i genitori non stupisce», dice Fortunato Lombardo, coordinatore del Gruppo di studio sul diabete della Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica (Siedp). «Questo dato, che si riscontra in tutti i Paesi, deriva essenzialmente dalla paura delle conseguenze nell'immediato; dalle possibili manifestazioni della crisi ipoglicemica: palpitazioni, tremore, sino alle convulsioni e alla perdita di conoscenza, che in un bambino assumono caratteristiche ancora più drammatiche», prosegue. «Il diabete infatti ha un forte impatto emotivo e psicologico sui genitori», aggiunge Lombardo. «La nostra attenzione di pediatri diabetologi è indirizzata pertanto non solo alla cura della malattia ma al prendersi cura, nel complesso, del bambino e dei familiari: grande impegno è messo nell'educazione terapeutica, negli aspetti informativi, educativi e di sostegno ai familiari. Un grande aiuto, peraltro, viene dalle tecnologie innovative, sotto forma di nuovi microinfusori e nuove insuline, le cui caratteristiche producono minori effetti indesiderati, quali appunto le ipoglicemie», conclude. Sono 18mila, secondo i dati della Siedp, i bambini e gli adolescenti colpiti in Italia dal diabete tipo 1, la forma più grave della malattia che richiede la somministrazione dell'insulina, attraverso iniezioni da quattro a sei volte al giorno oppure l'impiego del microinfusore. Questi giovani sono assistiti da una rete di oltre 60 centri di diabetologia pediatrica, uniformemente distribuiti sul territorio nazionale. Nel complesso sono circa 300mila, per il Ministero della salute, gli Italiani, giovani e adulti, con diabete tipo 1. «Il numero di giovani e bambini con diabete tipo 1 è in crescita, particolarmente nella fascia di età inferiore ai 6 anni. Soprattutto, esiste un'importante percentuale di giovani, circa il 30%, a cui la malattia viene diagnosticata solo quando si manifesta la chetoacidosi, una grave crisi dovuta all'impossibilità dell'organismo di utilizzare il glucosio come fonte energetica – per mancanza di insulina – che viene quindi sostituito con i grassi. Infatti, frequentemente i sintomi iniziali del diabete in un bambino sono spesso confusi con altre malattie», dice Franco Cerutti, Presidente Siedp. «Il diabete tipo 1 in età evolutiva, pur costituendo una minima parte della totalità delle persone che soffrono di questa malattia, è una delle endocrinopatie più frequenti in età pediatrico-adolescenziale, oltre ad essere una malattia cronica che, se non affrontata adeguatamente, può provocare un impatto familiare e sociale negativo. La presa in cura del bambino o adolescente diabetico rappresenta una sfida il cui obiettivo è di investire sulla loro salute, in modo da assicurare un'adeguata qualità di vita futura, riducendo il più possibile l'età di insorgenza delle complicanze. A questo proposito giova dire che, mediamente, il compenso glicometabolico dei bambini con diabete italiani è tra i migliori», conclude.

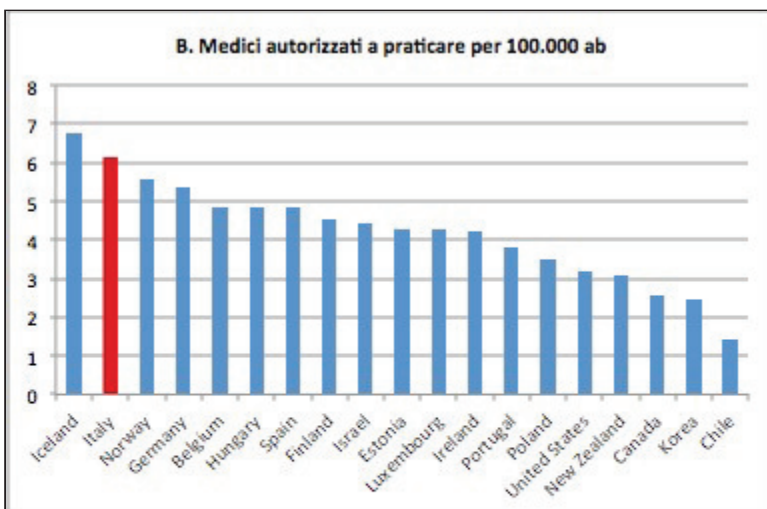
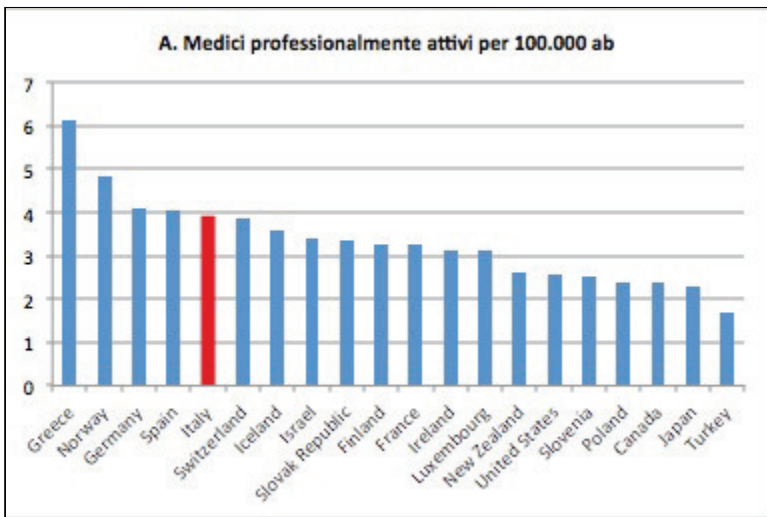
quotidiano **sanità**.it

Mercoledì 12 OTTOBRE 2016

La vera carenza è quella di infermieri e personale ausiliario, non di medici

Gentile Direttore,

[l'allarme sull'età avanza dei medici italiani](#) non ha veramente alcun fondamento. E' semplicemente la conseguenza di una politica tendente a diminuire il numero dei medici in Italia. Né c'è carenza di medici in Italia, tutt'altro. Esistono varie statistiche sui medici operanti in vari Paesi europei ed extraeuropei. I dati differiscono leggermente fra loro a seconda delle fonti e dell'anno, ma costantemente l'Italia compare fra i Paesi con il più elevato rapporto medici / popolazione. Si veda per esempio i due grafici sottostanti costruiti su dati dell'OCSE.



Il grafico A riporta il numero di medici che effettivamente lavorano in attività cliniche; il grafico B riporta il numero di medici esistenti, compresi quelli in pensione. In ambedue le statistiche l'Italia è fra i Paesi al mondo con più medici. La differenza in graduatoria tra il grafico B e l'A si spiega con il fatto che il numero di medici in Italia sta effettivamente diminuendo per le politiche restrittive nell'accesso all'università (in pratica il grafico B che include i pensionati, riflette la situazione esistente una decina di anni fa).

Le polemiche sulla carenza di medici sono spesso un pretesto, per esempio per attaccare la politica del numero chiuso all'Università, che non piace a molti, oppure per ragioni di politica sindacale. E' semmai vero che è difficile trovare medici per alcuni servizi o specialità o località. La causa di queste difficoltà tuttavia non risiede in una carenza di medici ma deriva da altri fattori, come per esempio la scarsa attrattività di certe specializzazioni per carichi di lavoro e rischi professionali o la non razionale distribuzione della forza lavoro medici.

I problemi principali che possono dar l'impressione di una carenza di medici sono sostanzialmente due: **a)** il fatto che spesso i medici impiegano il loro tempo in attività non mediche, ma amministrative o infermieristiche (per esempio i medici di medicina generale che non lavorando in gruppo non hanno segretaria o infermiere); **b)** la distribuzione territoriale del personale medico; per esempio esiste in Italia una pleora di strutture (spesso piccoli ospedali) che impiegano personale chiaramente sottoutilizzato.

La politica del numero programmato è giusta, ed il numero di medici deve ancora diminuire. I medici sono personale costoso e che genera spesa non sempre appropriata. Bisogna invece far crescere la professione infermieristica e le professioni ausiliare, per sgravare i medici da compiti impropri, e poi chiudere i piccoli ospedali. Poi, prima o poi, bisognerà per esempio ragionare sul pediatra di famiglia. Siamo l'unico Paese al mondo ad aver messo in Primary Health Care una figura tipicamente specialistica. In tutto il mondo i piccoli in PHC vengono seguiti da infermieri pediatrici. Invece da noi non si trovano pediatri per i reparti ospedalieri (peraltro sovrabbondanti e spesso sovra dimensionati) perché costoro preferiscono la pediatria di famiglia, meglio pagata e certamente meno onerosa.

Dr. Paolo Piergentili
Direttore ff UOC Qualità
Ulss 13 Mirano

quotidianossanità.it

Mercoledì 12 OTTOBRE 2016

Def. Via libera con osservazioni dalla commissione Affari Sociali. "Si confermi finanziamento di 113 mld per garantire nuovi Lea"

Chiesto al Governo uno stanziamento per il Ssn pari a quello sancito dall'Intesa Stato Regioni, anche per poter garantire adeguate risorse al fondo per i farmaci innovativi. Chieste misure volte a dare un'adeguata soluzione al problema del precariato in sanità e al progressivo superamento del turnover. Senalata l'esigenza di adottare in tempi brevi i decreti ministeriali per dare attuazione alla legge sul Dopo di noi e alla riforma del Terzo settore. [IL PARERE](#)

Dopo la [commissione Sanità del Senato](#), ieri è arrivato anche dalla commissione Affari Sociali della Camera il via libera alla Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza. All'interno del parere favorevole, i deputati della XII commissione hanno apposto cinque osservazioni riguardanti, in particolare, la dotazione del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale nella prossima legge di Bilancio.

A tal proposito la richiesta al Governo è quella di confermare lo stanziamento previsto dall'Intesa Stato Regioni dell'11 febbraio 2016 che aveva fissato la dotazione del Fondo sanitario nazionale a 113.063 milioni di euro per il 2017 e a 114.998 milioni di euro per il 2018. Risorse, queste, necessarie a garantire la sostenibilità economico-finanziaria dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) e per finanziare il Fondo per i farmaci innovativi.

Chieste, inoltre, misure adeguate per superare il problema del precariato in sanità, per il superamento progressivo del turnover e per dare piena attuazione a quanto previsto dalla legge sul Dopo di noi e dalla riforma del Terzo settore.

Di seguito le osservazioni della commissione Affari Sociali:

a) si rappresenti la necessità, anche al fine di garantire la sostenibilità economico-finanziaria del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sull'aggiornamento dei LEA, che nella prossima legge di bilancio siano confermate le risorse pari a 113.063 milioni di euro per il 2017 e a 114.998 milioni di euro per il 2018, come quantificate nell'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato-regioni l'11 febbraio 2016 in relazione al riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale;

b) si segnali l'esigenza per cui, al fine di dare attuazione alla legge n. 112 del 2016, sul cosiddetto «Dopo di noi», siano adottati in tempi brevi i decreti ministeriali volti, rispettivamente, a disciplinare le previsioni in tema di imposte sulle successioni e donazioni, di registro, catastali e ipotecarie, nonché a definire gli obiettivi di servizio per le prestazioni da erogare e i criteri per l'accesso alle misure a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare;

c) si raccomandi altresì la necessità di dare attuazione alla legge n. 106 del 2016, adottando i decreti legislativi ivi previsti in materia di riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale;

d) si rappresenti l'esigenza di inserire, nella prossima legge di bilancio, misure volte a dare un'adeguata soluzione al problema del precariato in sanità e ad avviare, anche considerato l'invecchiamento del personale impiegato nel settore sanitario, il progressivo superamento del turn-over, nonché a prevedere la proroga del termine per il rinnovo dei contratti a tempo determinato del personale degli enti locali occupato nell'attività di

e) si segnali inoltre l'opportunità di prevedere, nella prossima legge di bilancio, adeguate risorse per il finanziamento dei farmaci innovativi.

Giovanni Rodriguez

quotidianos**sanità**.it

Mercoledì 12 OTTOBRE 2016

Renzi: "Con legge di Stabilità assunzioni straordinarie per infermieri e forze dell'ordine"

Lo ha detto ieri sera il presidente del Consiglio alla trasmissione Politics su Rai Tre. "Assumeremo 10 mila persone tra carabinieri e infermieri" perché "non possiamo vedere gente che invecchia sulle strade o stando in corsia". E per farlo deroghe al turn over e nuovi concorsi.

Assumeremo "10 mila persone tra carabinieri e infermieri". A dare l'annuncio di un probabile intervento nella Legge di Bilancio il presidente del Consiglio **Matteo Renzi** ieri sera sul finale della trasmissione *Politics* su Rai Tre.

Il premier ha ricordato che "abbiamo un turn over molto duro ed è giusto". Ma Renzi ha sottolineato come "rivedremo le regole del turn over, oggi limitato al 25%, per due categorie, Forze dell'Ordine e personale medico e in particolare infermieri, perché non possiamo vedere gente che invecchia sulle strade o stando in corsia. Per questo faremo concorsi, concorsi veri senza gli "amici degli amici", per avere più Carabinieri per le strade e più infermieri giovani ad assistere le persone".

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 12 OTTOBRE 2016

Responsabilità professionale. Approvati nuovi emendamenti al Senato. Ma scoppia il caso delle associazioni dei pazienti escluse dall'organismo di garanzia del Difensore Civico

Nella seduta di ieri la XII commissione ha approvato cinque emendamenti riferiti ai primi due articoli del disegno di legge già passato alla Camera. Camera. Tra questi il no alla rappresentanza delle associazioni pazienti nel Difensore civico che suscita le proteste di Cittadinanzattiva. Prevista, inoltre, la pubblicazione sul sito web delle strutture sanitarie di una relazione semestrale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi e sulle conseguenti misure messe in atto. [GLI EMENDAMENTI](#)

Riprende in commissione Sanità al Senato l'esame del disegno di legge sulla responsabilità professionale ed il rischio clinico già approvato dalla Camera. Nel corso della seduta di ieri, i senatori della XII commissione hanno approvato cinque emendamenti riferiti ai primi due articoli del provvedimento.

Più nel dettaglio si tratta dell'**emendamento 1.100** presentato dal relatore **Amedeo Bianco (Pd)**, con il quale al comma 3 dell'**articolo 1** vengono sostituite le parole: "aziende sanitarie pubbliche" con le seguenti: "strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private,".

Passando all'**articolo 2**, ha ricevuto il via libera dalla commissione un altro emendamento del relatore, il **2.100**, con il quale al comma 1, vengono soppresse le parole: ", che preveda la rappresentanza delle associazioni dei pazienti", in relazione alla composizione della struttura organizzativa dell'ufficio del Difensore civico al quale le Regioni potranno affidare la funzione di garante per il diritto alla salute.

Su questa modifica abbiamo interpellato il coordinatore nazionale del Tribunale dei diritti del malato - Cittadinanzattiva, **Tonino Aceti** che ha dichiarato: "Esprimo il mio profondo disappunto per questa decisione. Già non eravamo d'accordo sull'affidamento del contenzioso tra cittadini, operatori e strutture sanitarie al Difensore civico, vista la presenza di diverse commissioni all'interno delle strutture che già si occupano di queste tematiche. Facendo poi ora venir meno la rappresentanza delle associazioni di cittadini il nostro giudizio non può che essere negativo visto che in questo modo si eliminano quei contrappesi che dovrebbero garantire non solo la tutela dei pazienti, ma anche la stessa trasparenza e correttezza del contenzioso".

Tornando alle proposte di modifica approvate, si prosegue con l'**emendamento 2.13** a prima firma **Donella Mattesini (Pd)** nel quale si indica di aggiungere al comma 2 le seguenti parole: "e sociosanitaria".

L'**emendamento 2.21** a prima firma **Giuseppina Maturani (Pd)** dispone invece di apportare le seguenti modifiche al comma 4:

- a) sostituire le parole: "sugli errori sanitari" con le seguenti: "sui rischi ed eventi avversi";
- b) dopo le parole: "li trasmette", inserire le seguenti: "semestralmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale,".

Conseguentemente all'articolo 3, comma 2, sostituire le parole: "agli errori sanitari" con le seguenti: «ai rischi ed eventi avversi».

Infine, approvato l'**emendamento 2.29** a prima firma **Alessia Petraglia (Si-Sel)** con il quale si aggiunge, dopo il comma 4, il seguente comma 4-bis:

"4-bis. Alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, all'articolo 1, comma 539, è aggiunta, in fine, la seguente lettera: "d-bis) predisposizione di una relazione semestrale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della

12/10/2016 Responsabilità professionale. Approvati nuovi emendamenti al Senato. Ma scoppia il caso delle associazioni dei pazienti esclus...
relazione viene pubblicata sul sito web della struttura sanitaria".

Giovanni Rodriguez



News

12/10/2016 11:13

ANALISI

Sanità, la spesa privata per curarsi è di 570 euro l'anno

Paola Valentini



Con una spesa sanitaria privata, pro-capite di oltre 570 euro all'anno, gli italiani hanno impiegato nel 2015 oltre 34,5 miliardi per curarsi privatamente. Una vera e propria manovra finanziaria è quello che gli italiani si sobbarcano ogni anno per finanziarsi di tasca propria spese sanitarie private. E che si somma ai 1.800 euro pagati attraverso le tasse per il Ssn.

Solo due italiani su dieci hanno una polizza sanitaria integrativa, ma poiché il servizio sanitario pubblico è compreso tra liste d'attesa infinite e carenza di prestazioni per servizi essenziali come per esempio l'odontoiatria, molti decidono di pagare cash in proprio le prestazioni.

E ben 12 milioni di persone nel 2015 in Italia hanno smesso di curarsi. Per correre ai ripari nella 4° edizione dell'Health Insurance Summit in corso a Milano, è stato presnetato l'Assi, acronimo di Assicurazione Sanitaria Sociale Integrativa, che promette di garantire la "Buona salute di tutti" affiancando il Ssn per ridurre del 50%, circa 17 miliardi per triennio, il costo delle cure private per le famiglie italiane.

Secondo Marco Vecchietti, consigliere delegato di Rbm assicurazione salute "il forte problema di sotto-assicurazione del Paese, più alto del 40% rispetto agli altri paesi Ue, unitamente all'aumento del numero degli anziani e dell'aspettativa di vita, rendono sempre più gravoso il compito del Ssn, che non riesce più a soddisfare i

bisogni degli italiani. Fatto che dovrebbe far capire l'importanza della creazione di un solido secondo pilastro sanitario aperto capace di ridurre l'impatto della crescente richiesta di cure sul reddito delle famiglie, un sostegno che sostenga le cure di tutti i cittadini senza distinzione di attività lavorativa, reddito e condizione sociale".

Alla base di queste difficoltà del Ssn esiste un fenomeno socio-culturale, ovvero l'inesorabile invecchiamento della popolazione in un contesto dove le vecchie sicurezze familiari vengono a mancare. "Il trend di spesa legato alla non autosufficienza della popolazione anziana viene ora coperto dalle famiglie, che ne coprono il 43% del totale", prosegue Vecchietti, "a fronte di una partecipazione del settore pubblico del 35% di un 23% di spesa privata. Il disgregarsi del nucleo tradizionale della famiglia però è destinato a ridurre la rete di solidarietà che ha concesso a milioni di italiani di permettersi delle cure e, allo stesso tempo, il deficit finanziario dello Stato non appare in grado di poter sostenere questa spesa crescente".

Milano Finanza copyright 2014 - 2016. Tutti i diritti riservati

Le informazioni sono fornite ad uso personale e puramente informativo. Ne è vietata la commercializzazione e redistribuzione con qualsiasi mezzo secondo i termini delle [condizioni generali di utilizzo](#) del sito e secondo le leggi sul diritto d'autore. Per utilizzi diversi da quelli qui previsti vi preghiamo di contattare mfhelp@class.it

[Stampa la pagina](#) 

Infermieri «vittime» dei tagli alla Sanità

Per ridurre la spesa si sono persi oltre 7 mila posti in cinque anni. Mentre la Ue aumenta i turni di riposo.

La sanità come malattia. Un'emorragia di infermieri sembra aver colpito ospedali e ambulatori in Italia, soprattutto nel Mezzogiorno: ne mancano 47 mila «per garantire sicurezza ed efficienza nei servizi». Tra il 2009 e il 2014 gli operatori nelle strutture pubbliche sono passati da 276.612 a 269.149, 7.463 in meno, e da novembre 2015 le norme europee impongono riposi di 11 ore tra un turno e l'altro, vietando carichi eccessivi di lavoro.

Una situazione limite che ha spinto l'Ipsavi, la federazione della categoria, a presentare un dossier sulle carenze e lanciare il disperato Sos. Un appello per risolvere il malessere diffuso, più grave in quei reparti dedicati all'emergenza e in quelle regioni sottoposte al piano di rientro dai debiti, dove si è avuto, nel corso degli anni (anche per molti anni), il blocco del turn-over. «Campania, Lazio e Calabria da sole hanno perso 5.439 infermieri nel quinquennio, il 72,5 per cento del totale nazionale» calcola l'Ipsavi nel rapporto in cui segnala che le aziende sanitarie di altre regioni impediscono, non concedendo il nulla osta, anche i trasferimenti verso questi posti rimasti vuoti, nonostante il piano di mobilità volontaria previsto nella riforma della pubblica amministrazione del 2014.

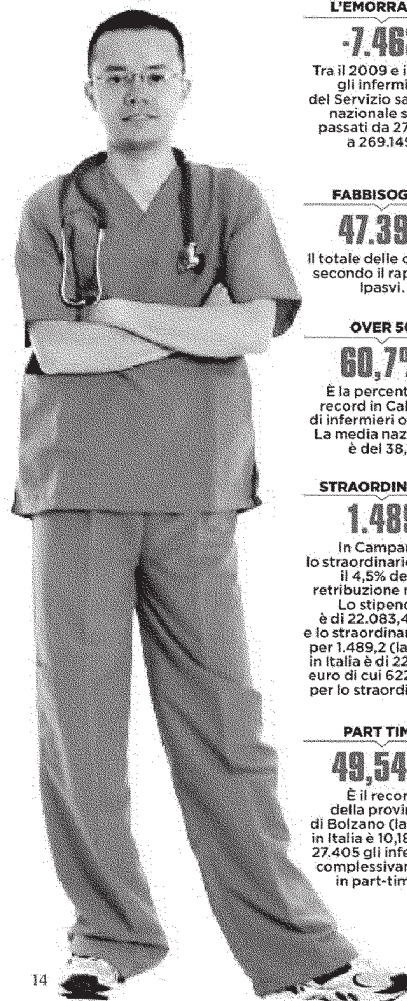
Effetti collaterali? «Lo straordinario in Campania copre il 4,5 per cento della retribuzione media»: la spesa è di 1.489 euro, quasi il doppio del dato nazionale che

è di 622 euro. Stesse cifre nel Lazio; mentre è record di infermieri over 50 in Calabria: addirittura uno su sei ha i capelli sale e pepe. «L'analisi dei dati rende evidente il gap sempre maggiore che esiste tra Nord e Sud e dal nostro punto di vista scatta un doppio allarme» dice Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Ipsavi. Che spiega: «Studi internazionali hanno dimostrato che il tasso di mortalità tra gli ammalati aumenta al diminuire del personale in organico». Ma non solo: i professionisti sotto stress sono più esposti al rischio di commettere errori e di contrarre patologie croniche.

Un'altra ferita aperta è il precariato «per almeno 11 mila infermieri, di cui poco più di 9 mila a tempo determinato». Mangiacavalli si rivolge ai sindacati e alle istituzioni, in vista «dell'apertura delle trattative per il nuovo contratto». «Non c'è più un'alternativa» conclude.

(Maria Pirro)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'EMORRAGIA

-7.463

Tra il 2009 e il 2014, gli infermieri del Servizio sanitario nazionale sono passati da 276.612 a 269.149.

FABBISOGNO

47.394

Il totale delle carenze secondo il rapporto Ipsavi.

OVER 50

60,7%

È la percentuale record in Calabria di infermieri over 50. La media nazionale è del 38,1.

STRAORDINARIO

1.489

In Campania lo straordinario copre il 4,5% della retribuzione media.

Lo stipendio è di 22.085,4 euro e lo straordinario pesa per 1.489,2 (la media in Italia è di 22.094,5 euro di cui 622,1 euro per lo straordinario).

PART TIME

49,54%

È il record della provincia di Bolzano (la media in Italia è 10,18; sono 27.405 gli infermieri complessivamente in part-time).

Pagamenti lumaca dello Stato

Ancora tempi lunghi per i versamenti delle Asl. E le piccole imprese rischiano di saltare.

Sono passati più di due anni da quando lo Stato italiano ha messo a disposizione di Regioni e Comuni 50 miliardi per azzerare il debito gigantesco con i fornitori, ma quel mostro è ancora fra noi. Lo rivela il monitoraggio della Federazione dei fornitori ospedalieri (il settore più esposto ai ritardi pagamenti della pubblica amministrazione) della Confcommercio. I suoi dati sono sconcertanti: a fine agosto 2016 il tempo medio di pagamento per le aziende che riforniscono le Asl italiane era di

151 giorni, fra il doppio e il triplo dei 60 stabiliti dalla relativa direttiva europea.

«Rispetto ai 200-250 giorni di qualche anno fa» dice a *Panorama* il presidente della Federazione Giovanni Carboni, «c'è stato un progresso, ma non si può certo parlare di problema risolto: tante piccole aziende rischiano ancora di saltare perché non incassano nei tempi dovuti». Il paradosso è che ci rimette pure lo Stato, perché il fornitore che non sa quando sarà pagato carica nei suoi prezzi anche il costo dell'incertezza.

La mappa dei cattivi pagatori della sanità pubblica presenta differenze importanti fra regione e regione. Si va dai 68 giorni della virtuosa Valle d'Aosta ai 594 del Molise. In mezzo ci sono tutte le altre, con la solita prevalenza di pratiche migliori al Nord e peggiori al Sud, non senza eccezioni, visto che in Piemonte si paga a 170 giorni e in Puglia a 157. La palma del ritardo va alla Mater Domini di Catanzaro, che per pagare una fattura impiega 1.156 giorni.

La realtà del monitoraggio (tutte le forniture ospedaliere tranne i farmaci) è relativamente piccola ma rappresenta la punta di un iceberg. L'ultima indagine della Banca d'Italia dice che a fine 2015 la Pubblica amministrazione aveva ancora 65 miliardi di debiti con i fornitori. Ma la cosa forse ancora peggiore, denunciata da mesi dalla Cgia Artigiani di Mestre, è che si tratta solo di una stima. Nonostante la celebrata introduzione della fattura elettronica, infatti, il vero ammontare dei debiti nessuno lo sa. *(Stefano Caviglia)*

151
GIORNI:
IL TEMPO
MEDIO DI
PAGAMENTO
DELLE ASL

**PER I GEOMETRI
SI AVVICINA
LA LAUREA
TRIENNALE**

Per i geometri si avvicina il tempo della laurea. Dopo gli esperimenti con le Università di Modena e Reggio Emilia e di Siena, il progetto di varare il primo corso di laurea triennale «professionalizzante» in Italia, sul modello delle Fachhochschulen tedesche, fa nuovi passi avanti. Merito di un disegno di legge con circa 100 firmatari, che intende aggiornare la situazione italiana alle norme europee. Un tema, quello della laurea, discusso nel corso dell'incontro svoltosi a Roma martedì 11 e mercoledì 12 ottobre. Al centro del convegno, il sostegno della Cassa di previdenza dei geometri liberi professionisti (Cipag) e del Consiglio nazionale dei geometri (Cngegl) a favore dell'occupazione giovanile. «Il programma Garanzia Giovani» è il messaggio lanciato da Fausto Amadasi, presidente Cipag, «può mettere a disposizione gli strumenti giusti per agevolare l'uscita dei giovani da una situazione di stallo, favorendo il ricambio generazionale indispensabile per mantenere la sostenibilità della professione».

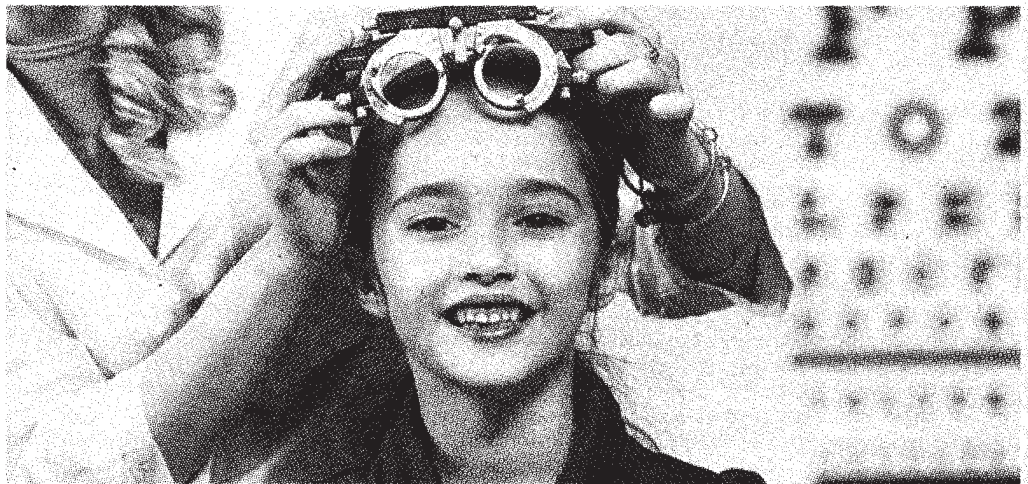
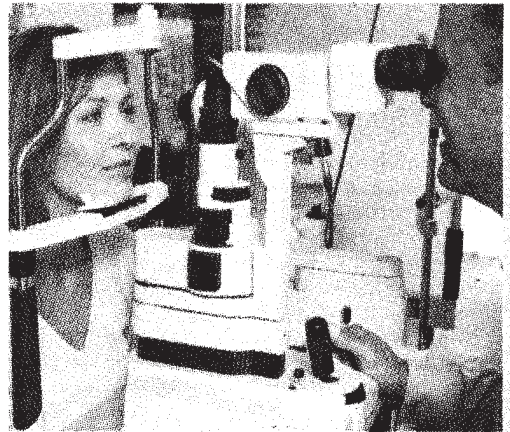
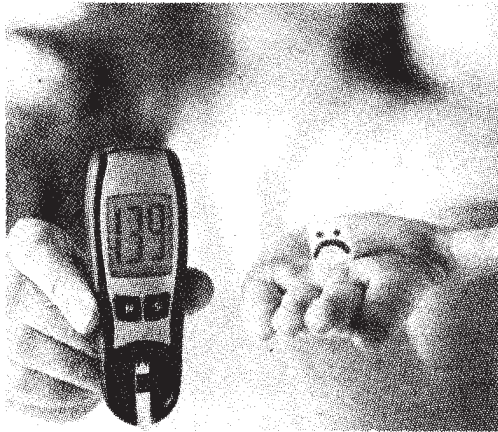


Il tempo medio di pagamento delle Asl supera di oltre due volte il limite di 60 giorni stabilito dalla direttiva europea.

UN PO' DI STORIA » LA GIORNATA È PROMOSSA DALL'OMS E OGNI ANNO AFFRONTA UN ASPETTO DELLA SALUTE OCULARE

Dalla cecità all'assistenza oftalmica un evento nel segno della prevenzione

La Giornata Mondiale della vista è un evento planetario che si celebra ogni anno il secondo giovedì del mese di ottobre. È promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dall'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB e dall'Unione Mondiale dei Ciechi. In generale, essa verte principalmente sulla prevenzione delle malattie oculari, con "focus" annuali su ciascuna singola patologia. Quest'anno la Giornata della vista si celebra il 13 ottobre e avrà come slogan "Stronger together" ("Più forti insieme") e tratterà dell'assistenza oftalmica nel mondo. In Italia ci si concentrerà invece sulla retinopatia diabetica. Facciamo ora un po' di storia. La Giornata che si è celebrata lo scorso anno ha avuto come tema centrale "l'assistenza oftalmica per tutti". In Italia, in particolare, si è focalizzata l'attenzione sulle malattie oculari come la degenerazione maculare e la cataratta. La Giornata del 2014 è stata invece dedicata nel nostro paese ai giovani e alla guida sicura. A livello mondiale la Giornata si è occupata invece della cosiddetta "cecità evitabile", attraverso lo slogan "No more avoidable blindness" ("Basta con la cecità evitabile"). L'appuntamento con la Giornata Mondiale della vista 2013 è stato dedicato, invece, alle tematiche inerenti l'accesso alle cure oftalmiche. Problema, quest'ultimo, molto sentito soprattutto nei Paesi del Terzo Mondo e in quelli ancora in via di sviluppo. Nello stesso anno, in Italia si è parlato di bambini, sottolineando l'esigenza di una prevenzione delle malattie oculari



da effettuarsi sin da piccoli, con check-up oculistici periodici. Nel 2012 la Giornata è stata dedicata alla riabilitazione visiva. L'edizione 2011 ha visto invece porre l'atten-

zione sulle malattie oftalmiche proprie della terza età. Appuntamenti che, come visto, si rinnovano ogni anno per un evento già ricco di storia e dal nobile significato, nel

solco di una collaudata opera di sensibilizzazione grazie alla quale sarà possibile migliorare le condizioni di vita e salute di milioni di persone in tutto il mondo.

Manovra. Allo studio del governo una norma interpretativa del Tuir

Prestazioni di welfare «esentasse» anche nei contratti nazionali

**Giorgio Pogliotti
Claudio Tucci**

ROMA

■ Non concorrono a formare reddito anche le prestazioni e i servizi riconosciuti dal datore di lavoro a livello di contratto nazionale.

Il governo, con la nuova legge di Bilancio, introduce una norma interpretativa che aggiunge un altro tassello per incentivare la diffusione delle prestazioni di welfare contrattuale. La scorsa legge di stabilità, con l'obiettivo di rilanciare la produttività attraverso la diffusione della contrattazione decentrata, aveva già introdotto il regime fiscale agevolato per gli accordi tra imprese e sindacati raggiunti a livello aziendale, su prestazioni che spaziano dalla previdenza, alla sanità, all'istruzione dei figli. Prima di allora que-

sta possibilità era prevista per le sole misure di welfare aziendale erogate sulla base di un atto volontario e unilaterale del datore di lavoro (in sostanza dalla normativa antecedente la scorsa legge di Stabilità si escludevano dal regime di favore le misure concordate con un accordo collettivo). Con la norma allo studio dei tecnici di palazzo Chigi coordinati dal sottosegretario alla presidenza del consiglio, Tommaso Nannicini, si chiarisce la portata dell'articolo 51 comma 2 lettera F del Testo unico delle imposte sui redditi (Tuir): le prestazioni frutto di accordi collettivi di welfare contrattuale, stabilite anche in ambito di contratto collettivo nazionale (o in conformità a disposizioni di accordo interconfederale o di contratto collettivo territoriale) non concorreranno più alla formazione del red-

dito da lavoro dipendente, sia nel pubblico che nel privato. La natura "contrattuale" dei servizi di welfare aziendale, quindi, non fa venire meno il regime fiscale di favore a tutti i livelli di contrattazione. Altra novità contenuta nella bozza di disposizione destinata ad entrare nella legge di bilancio, è che non sono considerati imponibili i contributi o i premi versati dal datore di lavoro per le cosiddette polizze "long term care" e "Dread disease", per le terapie di lungo corso e malattie gravi.

L'allargamento ai contratti nazionali degli incentivi fiscali per le polizze sanitarie si somma alla conferma della detassazione del premio di produttività: l'ipotesi è di alzare l'importo soggetto alla cedolare secca del 10% a 3 mila euro, elevabili a 4 mila euro in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori (attualmente i tetti sono, rispettivamente, di 2 mila e di 2,500 euro). E' destinata ad allargarsi anche la platea di beneficiari, considerando che il limite di reddito salirebbe a 80 mila euro dagli attuali 50 mila euro, coinvolgendo quindi anche quadri e dirigenza non apicale.

LE PRESTAZIONI

Non concorrono al reddito anche i contributi o i premi versati dai datori di lavoro per le polizze per le terapie di lungo corso e le malattie gravi