



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Procedura mobilità infermieri contestato il bando della Federico II

La vertenza

Il sindacato Mic evidenzia una serie di irregolarità e annuncia un nuovo ricorso

Se non è un'odissea è di sicuro una corsa a ostacoli quella che coinvolge molti infermieri campani (e anche medici) assunti negli anni scorsi per concorso in altre regioni italiane e che ora avrebbero l'occasione di rientrare in Campania grazie allo sblocco del turn-over.

Sotto i riflettori c'è la procedura di mobilità per infermieri bandita nei mesi scorsi dall'azienda ospedaliera universitaria Federico II.

La premessa è che la mobilità è un passaggio obbligato, che per legge ha la precedenza nelle procedure di assunzioni. Ma non è un concorso: come sancito dalla Cassazione e dal Tar è un trasferimento di contratto per chi ha già superato

una prova concorsuale ed è già nei ruoli del Servizio sanitario nazionale in altre Asl o ospedali. Il bando per l'assunzione in mobilità di 45 infermieri del Policlinico federiciano risale al 24 maggio del 2017. La prima anomalia, segnalata dal Movimento infermieri campani (Mic) guidato da Fabio Gentile, è la previsione di un punteggio maggiore alla prova colloquio (60 su 100), rispetto ai titoli di carriera (40 su 100). Altri néi riguardano la richiesta, quale requisito fondamentale di ammissione, di esperienza specifica biennale in determinati reparti o settori e il rilascio del nulla osta preventivo e incondizionato da parte dell'Amministrazione di appartenenza oltre che lo svolgimento di una prova preselettiva qualora pervenisse un numero di domande superiore a 250. Il bando, dopo la protesta del Mic e la minaccia di azioni legali, verrà parzialmente rettificato il 9 novembre del 2017. Eliminata la richiesta del nulla osta preventivo dell'azienda di cui si è dipendenti, il reintegro dei 660 concorrenti esclusi viene sottoposto al rilascio di una certificazione in cui l'azienda di provenienza si impegna a dare il nulla osta alla cessione del dipendente entro 120 giorni qualora risulti vincitore. L'obiettivo del policlinico è contare su tempi certi di arruolamento del personale laddove effettivamente la legge rende lunga e tortuosa la procedura. Ma il resto dell'impianto del bando contestato resta in piedi. Alla fine alle prove circa 450 saranno esclusi su circa 800 partecipanti. Dopo manifestazione e sit-in degli infermieri in un tavolo tecnico sono reintegrati circa 250 candidati. Si arriva alla fase della preselezione (anch'essa non prevista dalle norme). Su 450 ammessi i presenti sono 280. Superano questo snodo in 251. Di questi ultimi dopo il colloquio i bocciati (successivamente indicati nei quadri come non idonei) saranno 54. Tutti regolarmente nei ruoli di altre aziende sanitarie di altre regioni. A fare chiarezza sarà ora la carta bollata vista l'annuncio ricorso legale da parte del Movimento infermieri campani che guadagna con sospetto al fatto del Policlinico impiega intanto decine di infermieri precari e a partita Iva da stabilizzare.



”

L'accusa
Il Movimento sostiene che il Policlinico utilizza decine di operatori sanitari precari e a partita Iva

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità, il caso

Registro dei tumori, il grande flop di Napoli 1

È l'unica Asl campana a non averlo ancora, ma ora il manager Forlenza stringe i tempi

Ettore Mautone

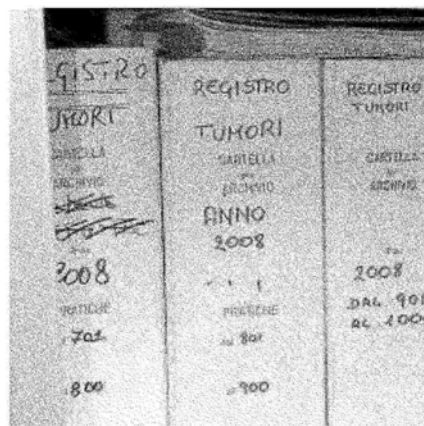
Inquinanti e veleni, smaltimenti illeciti, matrici ambientali a rischio, stili di vita errati, prevenzione. La correlazione tra fattori ambientali e l'incidenza di tumori, tra qualità delle cure sanitarie e mortalità, ovvero i tassi di sopravvivenza, non può prescindere dai numeri. A fornire dati certi e validi scientificamente sono i registri tumori. Dei 7 registri istituiti in Campania nel 2012 (già con un ritardo di almeno 10 anni), l'unico che ancora manca all'appello è quello della Asl Napoli 1. Un registro quello della Asl Napoli 1 che per anni è stato frenato da carenze di uomini e mezzi. Solo negli ultimi mesi con l'arrivo del nuovo manager Mario Forlenza si intravede la luce in fondo al tunnel. Un'accelerazione impennata anche su una convenzione stipulata con il dipartimento di Sanità pubblica dell'Università Federico II diretto da Maria Triassi e sulla valorizzazione del lavoro di alcuni funzionari interni alla Asl, epidemiologi, statistici e informatici. Ciò dovrebbe consentire di recuperare il tempo perso e approdare in tempi brevi alla pubblicazione e certificazione dei primi dati, si stima già entro la prossima estate. Intanto il gruppo di lavoro procede anche alla rapida raccolta dei dati relativi ai codici 048 inseriti sulle ricette mediche di chi si ammalava di tumore (per ricevere l'esenzione dal ticket). Dati da cui è possibile ricevere una prima immediata fotografia della incidenza di malattia. Un'analisi tuttavia incompleta e che, da sola, non ha valore certificato. Che solitamente si ritiene sia sovrastimato di almeno il 10% rispetto al valore reale di incidenza (residenti in altre province potrebbero ad esempio usufruire a Napoli di tale codice). Un dato che va integrato e incrociato con i complessi controlli previsti dalla griglia dell'ente certificatore nazionale (Airtum) con quelli di mortalità e sopravvivenza. Ma che ha comunque il vantaggio di essere facilmente registrabile consentendo di recuperare anche i dati recenti insieme a quelli disponibili presso le banche dati dei medici di base organizzati in cooperative, laddove invece i registri, proprio a causa del lento recupero di dati, si fermano

al 2012, 2013 e 2014. Avere tuttavia una fotografia della situazione di incidenza nei vari territori (a Napoli si parla di quartieri) consente di mitigare alcune fonti inquinanti, intervenire in maniera puntuale su altre aree a rischio senza perdere di vista le principali sorgenti dell'inquinamento in città rappresentate dalle polveri sottili del traffico veicolare, dalle ricadute di

porto e aeroporto. Dal punto di vista ambientale registro o non registro è indispensabile a Napoli come in provincia intervenire con politiche di salvaguardia della salute pubblica impennate su bonifiche, abbattimento delle polveri sottili, riqualificazione del verde urbano, interdizione, tracciabilità e smaltimento non solo e non tanto dei rifiuti solidi urbani ma di quelli tossici e speciali provenienti dalle attività industriali in nero, dall'edilizia (amianto) e dagli ospedali a fronte della totale mancanza di impianti per smaltire tali sostanze sul territorio regionale. Il registro infatti

serve solo a dare indicazioni sullo stato dalla situazione sanitaria riguardo a incidenza e mortalità del cancro. In Campania oggi circa il 72% della popolazione campana risulta censita (una delle percentuali più alte d'Italia) e si lavora a individuare picchi localizzati per determinati tipi di tumori, (sia pediatrici sia dell'adulto), potrebbero emergere dal prosieguo dell'analisi di singoli territori, ovvero di gruppi omogenei di Comuni. Attualmente lo screening avviene per confini amministrativi mentre sarebbe preferibile lavorare su aree più vaste.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Decisione
Accordo con l'Università
In estate dovrebbero arrivare i primi dati sulle neoplasie

L'appuntamento

Acqua, rischi e benefici: via al confronto tra gli esperti

Siano ciò che mangiamo, ma anche ciò che beviamo. E l'acqua è un vero elisir di prevenzione. Del resto, dell'oro blusiamo in buona parte costituiti. Il corpo di un bambino è composto di liquidi per l'80%, quello di un adulto per il 60%. Solo negli anziani la percentuale scende al 45%.

Acqua base della vita, quindi. Berla nella quantità adeguata vuol dire permettere alle cellule e a tutti i loro preziosi meccanismi di funzionare, mantenere un peso corporeo adeguato, una pressione del sangue il più possibile corretta. Il bisogno giornaliero di liquidi si aggira sui due litri e mezzo, di cui almeno uno e mezzo deve essere acqua. Il resto può derivare da altre bevande e dal cibo, frutta e verdura (costituiti anche per il 90% da acqua) in particolare. Magli Italiani bevono poco e difficilmente raggiungono i 1,5 litri di acqua al giorno. Anzi un 5% non beve proprio acqua. Quel litro e mezzo di acqua se va bene la beve il 30% degli italiani, in particolare donne. Quindi il primo messaggio che ogni medico dovrebbe trasmettere ai propri assistiti, sani o malati che siano, è sempre di bere adeguate quantità di acqua.

Molte le curiosità, i dubbi, le «bufale» sui social. Diffuse le domande tipo: è meglio l'acqua del rubinetto

Oggi al Maschio Angioino
l'iniziativa promossa dal Fondo
«Mario e Paola Condorelli»

o quella in bottiglia? E la frizzante fa male? Qual è la durezza giusta da bere? Che cos'è il residuo fisso? Le acque minerali sono tutte uguali? Per quale motivo è importante saper leggere le etichette? Bere acqua fa davvero bene alla nostra salute? Quali le minerali più indicate in gravidanza e quali quelle più adatte per bambini e diabetici? La presenza sul mercato italiano di prodotti da fonti sempre più nuove assicura controlli certi e accurati sulla loro qualità e purezza? E l'acqua del rubinetto quanto è sicura? Quella utilizzata in agricoltura e in zootecnia è controllata per quanto riguarda inquinanti e agrofarmaci presenti?

Il tema dell'acqua sarà al centro del terzo incontro pubblico di «Donne che sanno», il ciclo di sei eventi su salute, prevenzione e stili di vita promosso da «Fondo Mario e Paola Condorelli» e da «L'Altra Napoli». L'appuntamento con «Sapere quale acqua beviamo - Come riconoscere e scegliere tra acque minerali, potabili e capire eventuali rischi di residui?» è per oggi alle ore 16 presso la Società Napoletana Storia Patria (Maschio Angioino, via Vittorio Emanuele III - 3° piano; ingresso gratuito).

Un pool di esperti cercherà di chiarire ogni dubbio e di rispondere alle domande. Chi sono? Marinella Vito, direttore Arpac Campania; Vin-

cenzo Belgiorno, professore ordinario del Dipartimento di Ingegneria civile dell'Università di Salerno; Giuseppe Dadà, direttore Qualità Ferrarelle Spa; Andrea Fabbri, coordinatore scientifico della Fondazione Acqua e direttore dell'unità operativa complessa di Endocrinologia dell'ospedale Cto Alesini, dipartimento Medicina dei Sistemi dell'Università di Roma Tor Vergata; Ettore Fortuna, vicepresidente Mineracqua; Luca Lucentini, direttore del Dipartimento reparto di Igiene delle Acque Interne, Istituto Superiore Sanità. Modererà i lavori Maria Triassi, direttrice del Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II. Quindi le domande del pubblico e le conclusioni affidate a Celeste Condorelli, organizzatrice degli eventi. E proprio il tema dell'acqua sarà al centro del terzo incontro pubblico di «Donne che sanno», il ciclo di sei eventi su salute, prevenzione e stili di vita promosso da «Fondo Mario e Paola Condorelli» e da L'Altra Napoli.

m.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il convegno
Dai dubbi
alle «bufale»
il vademecum
per il corretto
utilizzo
delle risorse
idriche



«Assistenza di comunità», piano Asl da 3 milioni: posti letto riservati anche ai pazienti in stato vegetativo

Ospedali, sbloccati i fondi

Via libera alla prima tranche di risorse per i presidi di Bisaccia e Sant'Angelo

Antonello Plati

Svolta nell'assistenza sanitaria in Alta Irpinia: in arrivo dalla Regione Campania oltre 3 milioni e mezzo di euro per finanziare otto progetti e ristabilire il diritto alla salute fortemente intaccato dal ridimensionamento degli anni passati. Tra gli interventi, il più importante riguarda, certamente, l'istituzione dell'Ospedale di comunità e delle Unità complesse di cure primarie e di accoglienza per pazienti in stato vegetativo nell'ex «Di Guglielmo» di Bisaccia. La struttura, depotenziata per decreto nel 2012 e quindi declassata a centro polifunzionale e privata della diagnostica, diventerà adesso l'anello di congiunzione tra i servizi sanitari territoriali e quelli offerti dagli altri nosocomi delle provincia - e dalla Città ospedaliera «Moscato» di Avellino, in particolare - offrendo prestazioni a tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici ma hanno comunque bisogno di un tipo di supporto che non potrebbero ricevere a domicilio. L'altro giorno, il direttore generale dell'Asl di Avellino, Maria Morgante, ha deliberato il provvedimento, diventato immediatamente esecutivo, con il quale certifica la disponibilità di Palazzo Santa Lucia a versare un sostanzioso anticipo - il 10 per cento pari a 309mila 500 euro.

> A pag. 21

La sanità, l'assistenza

Alta Irpinia, si avvicina l'ospedale di comunità

Via libera alla prima tranche di finanziamenti per il polo S. Angelo-Bisaccia: disponibili 300mila euro

Antonello Plati

Svolta nell'assistenza sanitaria in Alta Irpinia: in arrivo dalla Regione Campania oltre 3 milioni e mezzo di euro per finanziare otto progetti e ristabilire il diritto alla salute fortemente intaccato dal ridimensionamento degli anni passati. Tra gli interventi, il più importante riguarda, certamente, l'istituzione dell'Ospedale di comunità e delle Unità complesse di cure primarie e di accoglienza per pazienti in stato vegetativo nell'ex «Di Guglielmo» di Bisaccia. La struttura, depotenziata per decreto nel 2012 e quindi declassata a centro polifunzionale e privata della diagnostica, diventerà adesso l'anello di congiunzione tra i servizi sanitari territoriali e quelli offerti dagli altri nosocomi delle provincia - e dalla Città ospedaliera «Moscati» di Avellino, in particolare - offrendo prestazioni a tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici ma hanno comunque bisogno di un tipo

di supporto che non potrebbero ricevere a domicilio.

Le cure
Previsti anche posti letto riservati ai pazienti in stato vegetativo

L'altro giorno, il direttore generale dell'Asl di Avellino, Maria Morgante, ha deliberato il provvedimento, diventato immediatamente esecutivo, con il quale certifica la disponibilità di Palazzo Santa Lucia a versare un sostanzioso anticipo - il 10 per cento pari a 309mila 500 euro - per l'avvio dei lavori inseriti nell'ambito dell'accordo di programma quadro, Progetto pilota, «Area interna Alta Irpinia».

La pubblicazione sul Burc risale, invece, al 30 novembre dell'anno scorso: il decreto firmato dal governatore, Vincenzo De Luca, rappresenta un concreto importante passo in avanti nella riorganizzazione del si-

Gli interventi



PRESIDIO OSPEDALIERO DI SANT'ANGELO DEI LOMBARDI
(ex ospedale Criscuoli)
305.000 euro



STRUTTURA POLIFUNZIONALE SANITARIA DI BISACCIA
(ex ospedale Di Guglielmo)
Valori espressi in euro



stema sanitario nella nostra provincia, che, soprattutto in Alta Irpinia, era stato vittima della mannaia dei tagli.

Stando all'attualità, sono dunque due le strutture oggetto del provvedimento. Oltre a quello di Bisaccia, l'altro è il presidio ospedaliero di Sant'Angelo dei Lombardi (ex ospedale «Criscuoli»), che dopo il declassamento aveva, però, già recuperato l'ospitalità di primo livello, 16 posti letto in più di chirurgia, 2 posti letto di ortopedia e 2 posti di terapia intensiva post-operatoria.

L'ex «Di Guglielmo» diventerà il primo Ospedale di comunità dell'Irpinia (costo 445mila euro): uno strumento di integrazione e di continuità delle cure, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura. La riconversione di posti letto per la degenza (costo 265mila euro) sarà rimodulata all'interno del nuovo modello organizzativo. Inoltre, sempre a Bisaccia saranno istituite l'Unità complessa di cure primarie (Uccp) con una spesa di 430mila euro e altri 265mila euro per la sua attivazione; e l'Unità di accoglienza permanente per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza (1 milione 035mila 851,87 euro più 714mila 148,13 euro per l'attivazione).

A Sant'Angelo dei Lombardi, saranno, invece, avviati una Start-up di Cardiologia (costo 305mila euro) e un progetto di teleradiologia (130mila euro) che prevede la realizzazione di una rete informatica collegata con il «Moscati» di Avellino e con altri presidi Asl.

Oltre a quelli appena stanziati, altri 3 milioni di euro dovrebbero presto essere destinati alla Città ospedaliera di Contrada Amoretta per lavori di completamento e ammodernamento tecnologico, rispondendo così all'esigenza di implementare la dotazione del nosocomio. «L'obiettivo della Regione Campania - come si legge nel decreto - è quello di una piena umanizzazione e della massima efficienza impiantistica, tecnologica e gestionale di tutti gli ospedali».



Accoglienza
Unità di «prime cure» e ambulatori di cardiologia. Per i casi acuti intesa operativa con il Moscati

Sessa Aurunca Ospedale, un progetto per settanta posti letto

Ornella Minoione

SESSA AURUNCA. Lavori di adeguamento anche per il presidio ospedaliero di Sessa Aurunca. Dopo l'approvazione del progetto riguardante gli ospedali di Aversa, Maddaloni e San Felice a Cancelli, l'Asl di Caserta ha siglato il piano per il San Rocco di Sessa. Secondo quanto si legge dalla delibera, i lavori di adeguamento studiati per l'ospedale di Sessa costerebbero 20 milioni e 255 mila euro, di cui 8 milioni e 339 mila saranno destinati alla realizzazione di 70 nuovi posti letto, e quasi 12 milioni per l'adeguamento del presidio. Anche questo provvedimento, come gli altri tre deliberati nelle settimane scorse, ottempera al decreto numero 8 del febbraio 2018 della Regione Campania, vale a dire il Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera. Per Caserta, il Piano prende le mosse proprio dal Policlinico che stenta a realizzarsi, per il quale, al momento della sua progettazione, vennero predisposti 350 posti letto. Dato che per ora questi posti letto sono di vitale importanza per l'assistenza sanitaria del territorio casertano, e dato che la grande struttura sanitaria a carattere universitario non sarà completata prima del 2019, nel Piano si legge che «si deve necessariamente ricollocare l'integrazione dell'offerta sanitaria pubblica nei presidi già disponibili, con qual-

che intervento di potenziamento strutturale e recupero di stabilimenti ospedalieri».

Ad oggi, stando a quanto scritto nelle deliberazioni dell'Asl casertana,

per i tre presidi verranno spesi circa 47 milioni di euro, cui vanno ad aggiungersi gli oltre 20 milioni di euro per l'ospedale di Sessa Aurunca: quasi 70 milioni di euro per i lavori da effettuare negli ospedali del territorio. Importante il dato sui posti letto. Fermo restando i 350 posti del Policlinico, ora virtuali ma necessari all'utenza, verranno realizzati 84 posti letto al Moscati di Aversa, 64 all'ospedale di Maddaloni e 28 presso il presidio di San Felice a Cancelli.

Per il primo stralcio, ne saranno realizzati 42 ad Aversa, 48 a Maddaloni e 28 a San Felice a Cancelli. A questi si aggiungano, a questo punto, anche i 70 posti da realizzare ex novo al San Rocco di Sessa Aurunca. Per il primo stralcio di lavori, il direttore dell'Asl di Caserta Mario De Biasio ha parlato per tutti i presidi ospedalieri di un tempo circoscritto nell'arco di anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ospedale Lavori in vista per il presidio di Sessa Aurunca

I lavori
Otto milioni per aumentare la capienza, 12 milioni per opere di restyling del presidio

Aversa Incontro sull'ambiente **«Terra dei fuochi» dibattito al Seminario**

AVERSA. «Terra dei Fuochi. A che punto siamo?» Questo l'interrogativo che si sono posti i partecipanti all'incontro organizzato presso la pinacoteca del Seminario vescovile, promosso da Comunità Solidale, movimento di impegno sociale presieduto dal senatore aversano Lucio Romano. Ad aprire i lavori Luisa Diana Motti, coordinatrice del movimento e l'interessante illustrazione da parte di Romano dei risultati dell'indagine conoscitiva su «Inquinamento ambientale e tumori» della quale è stato promotore e relatore al Senato, che ha sottolineato come il tema sia stato pratica-

mente accantonato negli ultimi mesi. A seguire, si sono registrati gli interventi di: Andrea Buondonno, professore di pedologia e Umberto Arena, docente di impianti chimici, entrambi presso l'Università «Vanvitelli», Fabrizio Marzano, presidente di Confagricoltura Campania. A seguire un interessante dibattito, con gli interventi della senatrice casertana Lucia Esposito, membro della Commissione Ambiente del Senato, e della consigliera comunale Mariagrazia Mazzoni, presidente della commissione straordinaria Terra dei Fuochi al Comune di Aversa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il convegno**Medico e paziente
insieme nell'era digitale**

«Essere medico nel terzo millennio, tra l'invasione tecnologica e il rapporto medico-paziente sempre più prigioniero di un tecnicismo a volte esasperato, è un tema da approfondire con un approccio multidisciplinare, coinvolgendo diverse figure professionali che devono necessariamente cooperare per porre la persona e non la malattia al centro dell'attenzione della medicina, secondo i dettami di Ippocrate che, nei Praecepta del Corpus Hippocraticum, affermava: «Dove c'è amore per l'uomo c'è anche amore per l'arte».

Ad affermarlo è Mario Ascolese, presidente campano dei medici cattolici, nell'annunciare il convegno dal titolo «La formazione del medico nell'era digitale», in programma giovedì 22 marzo 2018 (ore 9) a Baronissi (via Salvador Allende), nell'aula magna del Campus Salerno in collaborazione con il dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria dell'ateneo e l'omceo di Salerno. Dopo i saluti di Aurelio Tommasetti, rettore Unisa; Giuseppe Longo, Giovanni D'Angelo, presidente Omceo di Salerno, introdurrà i lavori Mario Capunzo, direttore del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria della «Scuola Medica Salernitana» di Unisa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una sanità senza padri e senza padroni

FSI-USAE: la sanità è universale e la politica deve cambiare ottica. Non c'è più spazio per una visione medico-centrica

"Una sanità senza padri e senza padroni" è il motto della Federazione sindacati indipendenti, la federazione sindacale dell'Usae che ha impresso sul corposo documento presentato in Parlamento con proposte puntuali e concrete migliorative del sistema sanitario nazionale. Si tratta di un importante dossier che nasce dalla Federazione che conosce molto bene il settore essendo maggiormente rappresentativa sul piano nazionale dei lavoratori della sanità pubblica e privata.

"Il Patto per la Salute ha tradito le premesse legislative su cui poggiava" è l'amara considerazione di Fsi-Usae "tradendo così anche le aspettative dei cittadini e dei lavoratori del Servizio sanitario sia a livello nazionale che regionale", afferma il segretario generale della Federazione, Adamo Bonazzi (Il tradimento maggiore si sarebbe perpetrato con la previsione delle Uccp, le Unità complesse di cura primarie e le Aft, Aggregazioni funzionali territoriali, quali forme organizzative della medicina convenzionata).

A partire da queste premesse, la Federazione ha elaborato un documento con proposte innovative per una complessiva riorganizzazione dell'intero settore, capace di consentire il miglioramento dei servizi conseguendo anche dei risparmi di spesa. In quest'ottica si inserisce anche il disegno di legge per l'istituzione dell'infermiere di famiglia in regime convenzionato.

Dacché il Patto per la Salute è stato siglato, nel luglio del 2014, secondo la Federazione "sanitari e cittadini hanno assistito impotenti alla progressiva scadenza degli adempimenti del Patto sotto il segno di una schizofrenia legislativa che ha permesso alla politica di concorrere a un suicidio assistito del Servizio sanitario nazionale - sostiene Bonazzi - scaricando sempre le proprie responsabilità".

Il 16 ottobre del 2014, ricostruisce il sindacato, non si prevedono tagli alla sanità ma si chiede alle Regioni di recuperare 4 miliardi; nel febbraio 2015, dopo oltre 4 mesi di consultazioni le Regioni, rinunciano all'incremento del

fondo sanitario di oltre 2 miliardi previsto dal patto; a luglio 2015 la Conferenza Stato Regioni raggiunge l'intesa per 2.352 milioni di tagli alla sanità per il biennio 2015-2016. "La cronistoria dimostra - sostiene il segretario Bonazzi - che la strada intrapresa porta dritto allo smantellamento dell'attuale modello di un sistema sanitario nazionale pubblico equo e universalistico, a vantaggio di un sistema misto che vedrà sempre maggior partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e un sempre maggior peso dell'intermediazione mutualistica ed assicurativa".

Una prospettiva diametralmente opposta a quella sostenuta dalla Federazione che dice "basta alla politica dei tagli in sanità" e si schiera a favore di "una sanità universale", è per l'azzeramento delle consulenze e delle esternalizzazioni, chiede l'adeguamento degli stipendi al costo della vita con standard

europei, prevedendo altresì il regime di convenzione diretta per gli infermieri di famiglia.

Nel Patto della salute la Ministra Lorenzin, sminuendo la legislazione appena introdotta, ha preso un abbaglio ed ha messo, di nuovo, il medico al centro della visione del mondo della sanità; per la FSI-USAE è un modo sbagliato di concepire le cose e alla federazione sembra davvero impossibile che, in

questo paese, sia trascorso inutilmente quasi un quarto di secolo da quando nel lontano 1994, ha impegnato duramente le forze governative e parlamentari dell'epoca per ottenere i profili professionali sanitari che ha poi dovuto difendere nei tribunali dall'arroganza delle associazioni dei medici e degli altri dirigenti che pretendevano di bloccare il corso della storia e cancellare il riconoscimento professionale degli operatori sanitari. Per questo, il segretario generale della Federazione sostiene: "Bisogna abbattere quel tetto di cristallo che è stato posto sopra le professioni sanitarie garantendo la piena fruibilità delle leggi e il pieno accesso alla dirigenza alle professioni sanitarie che oggi sono schiacciate da questa visione antiquata e sbagliata. Qui non si mette in discussione la professionalità dei medici nella diagnosi. Ma la diagnosi è una cosa e la direzione un'altra. Qui diciamo in modo chiaro e netto che quando si parla di organizzazione e di management del lavoro i signori medici non possono pensare di essere in pole position, e non possono credere di avere una sorte diritto divino in tal senso. Quando si parla di direzione organizzativa i medici stanno sulla medesima linea di partenza delle altre professioni; che al pari loro devono avere uguale possibilità di andare a dirigere una unità operativa, un dipartimento, un presidio o finanche un'azienda. E, se questo significa dover anche riformare medicina e chirurgia non sarà la morte di nessuno. Certamente anche le altre professioni debbono sapere che, allo stesso modo, anche la loro laurea specialistica non li pone in posizione di privilegio. Non si può chiedere ad una professione di acquisire la laurea per esercitare e poi trattarla da analfabeta nella programmazione organizzativa e legislativa del sistema".

Per FSI-USAE, insomma, si deve rimettere in discussione l'organizzazione del servizio sanitario, bisogna rivedere totalmente i Piani Sanitari Regionali e la programmazione dell'organizzazione sanitaria che c'è dentro e bisogna creare specifici percorsi di management sanitario a cui, in pari condizioni di partenza, tutte le professioni sanitarie possano accedere. La valorizzazione delle competenze e delle capacità professionali deve essere valorizzata in modo stabile dentro il sistema organizzativo del servizio sanitario nazionale che in Italia è di tipo federale e quindi delegato alle Regioni.

Il 21 e 22 marzo all'Auditorium del Ministero della Salute il 5° Convegno Nazionale sulla Ricerca da Promotori no profit promosso da FADOI

Una ricerca allunga la vita: fino al 73% dell'aumento dell'aspettativa di vita si deve ai nuovi farmaci

In Italia ridotta del 47% in 7 anni la sperimentazione clinica sui farmaci promossa da Istituzioni no-profit.

Con la Legge Lorenzin le scoperte potranno essere più concretamente utilizzate nella pratica clinica, ma c'è ancora molto da fare

Dal 1960 al 2014 l'aspettativa di vita a livello mondiale è aumentata di 19 anni. In particolare, si è registrato un +11 nei paesi ad alto reddito e un +24 nei paesi a basso e medio reddito. L'allungamento dell'aspettativa di vita è riconducibile in gran parte (73%) al contributo dei nuovi farmaci (Fonti: The European House Ambrosetti - Rapporto 2016 e Lichtenberg FR. Health Policy Technol 2014).

"Sono dati che attestano l'enorme valore della ricerca clinica per i pazienti - spiega il Dottor Andrea Fontanella, Presidente Nazionale FADOI -, visto l'accesso a terapie innovative, l'allungamento e la qualità della vita, la capacità di affrontare gli *unmet medical need* (bisogni medici insoddisfatti). La ricerca clinica, inoltre, è un grande valore per il Paese, con l'attrazione di investimenti dall'estero, l'aumento della competitività, il bisogno di occupazione qualificata; e per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), poiché la ricerca introduce innovazione per il sistema, promuove la crescita di centri di eccellenza, e ha una conseguenza positiva in termini di appropriatezza dell'assistenza che viene prestata ai pazienti".

Eppure dal Rapporto AIFA 2017, quando si parla di ricerca farmacologica, emerge che dal 2009 al 2016 la ricerca no profit in Italia ha visto ridursi del 47% il numero delle sperimentazioni cliniche sui farmaci. Più in generale, parlando di investimenti per la ricerca in senso lato, siamo ben lontani dall'Obiettivo Europa 2020, stabilito nel 2002 dal Consiglio Europeo, ovvero portare gli investimenti in ricerca e sviluppo al 3% del PIL. Oggi, infatti, l'Italia investe nel settore circa l'1,5% del Prodotto Interno Lordo, contro la media UE che supera il 2%. Queste frazioni percentuali corrispondono in realtà a decine di miliardi di Euro.

Rispetto a questo, e a numerose altre criticità che nel nostro Paese affliggono la Ricerca in generale e quella biomedica in particolare, cosa farà il nuovo Parlamento a partire dalle prossime settimane? E quali proposte concrete possono venire dal mondo della Ricerca?

Se ne discuterà il 21 e 22 marzo a Roma, all'Auditorium del Ministero della Salute, nell'ambito del 5° Convegno Nazionale - La Ricerca da Promotori no profit in Italia, promosso dalla Società Scientifica di Medicina Interna FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti), con Istituzioni, Istituti di Ricerca, Direzioni Generali e Sanitarie degli Ospedali, Comitati Etici, Associazioni di Pazienti, Industria, Organizzazioni di Ricerca a Contratto.

"Quest'anno il titolo del Convegno è *"Dentro la Ricerca: la Persona prima di tutto"* - aggiunge Fontanella -, a sottolineare il ruolo centrale che la Persona (sia come cittadino e paziente che

professionista della ricerca o decisore politico-amministrativo) deve avere. La ricerca da Promotori no profit è fondamentale perché orientata alla realizzazione di progetti finalizzati ad affrontare quesiti clinici irrisolti rilevanti per l'assistenza e pertanto per la comunità. È un'indispensabile risorsa per il Servizio Sanitario e per la crescita delle conoscenze, complementare rispetto alla ricerca industriale".

I prossimi anni saranno caratterizzati da importanti sfide che il nostro Paese deve affrontare, per riaffermare il ruolo che gli compete nel panorama internazionale della ricerca clinica. Nell'immediato, la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Legge Lorenzin presuppone la definizione di Decreti attuativi su numerosi aspetti critici della sperimentazione clinica, per i quali il mondo delle Istituzioni e quello della Ricerca sono chiamati a individuare le migliori opzioni. Questo sarà, appunto, uno dei focus principali del Convegno promosso da FADOI.

In materia di ricerca no profit la Legge Lorenzin indica la necessità di modifica del Decreto 17 dicembre 2004 del Ministero della Salute per la parte in cui prevede che "la sperimentazione non sia finalizzata allo sviluppo industriale del farmaco o comunque ai fini di lucro". Con la Legge Lorenzin si ammette la "cessione e l'utilizzazione dei dati relativi alla sperimentazione a fini registrativi all'azienda farmaceutica, per valorizzare l'uso sociale ed etico della ricerca" e si stabilisce che "l'azienda farmaceutica rimborsi le spese dirette e indirette connesse alla sperimentazione, nonché le mancate entrate connesse alla connotazione di studio come non profit". Come sottolinea il Presidente Fontanella, "questo è un passaggio di particolare importanza, per il quale FADOI si è impegnata negli ultimi anni, e restituisce alla ricerca no profit la possibilità di incidere più concretamente nella pratica clinica quotidiana rendendo maggiormente fruibili i risultati della ricerca".

Fra le peculiarità del Convegno, la redazione di un Documento propositivo post-congressuale con alcune Raccomandazioni di carattere pragmatico che vengono portate all'attenzione delle Istituzioni del Paese. Già il Documento elaborato a seguito della Quarta Edizione ha riscosso grande consenso fra gli stakeholder del settore, ricevendo 112 adesioni da parte di Società Scientifiche, Istituti di Ricerca, Comitati Etici, Associazioni di Pazienti e di Cittadini.

FADOI, Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, è una società scientifica di Medicina Interna attiva da oltre 20 anni. Conta circa 3000 iscritti e si caratterizza per un intenso impegno per la ricerca e la formazione.

LA RICERCA SULLA MENOPAUSA PRECOCE

Le cellule staminali ringiovaniscono le ovaie

Riuscito l'esperimento su due donne

ROMA. Il tempo è stato fatto "scorrere" all'indietro e, grazie all'uso delle cellule staminali, le ovaie di due donne che soffrivano di menopausa precoce sono state fatte "ringiovanire". In questo modo i sintomi della menopausa sono stati alleviati e a sei mesi dall'iniezione le donne hanno avuto di nuovo il ciclo mestruale. Il risultato, che si deve ai ricercatori dell'università dell'Illinois di Chicago, è stato ottenuto iniettando per la prima volta le staminali direttamente nelle ovaie delle pazienti con una tecnica innovativa.

I dati, che verranno presentati al Congresso della Società di endocrinologia a Chicago, fanno ben sperare i ricercatori, che ora vogliono estendere la sperimentazione ad altre 33 donne. «Il loro livello di estrogeni è aumentato tre mesi dopo le iniezioni e l'effetto è durato per almeno un anno», commenta Ayman Al-Hendy, coordinatore dello studio. Le cellule staminali mesenchimali impiegate sono state ricavate dal midollo osseo delle stesse pazienti e poi iniettate direttamente dentro solo una delle due ovaie, mentre l'altra è stata usata come "test di controllo". Le due donne sono state seguite dai medici con

frequenti esami del sangue, ecografie delle ovaie, studi di sicurezza e domande sui sintomi della menopausa. «Le immagini a ultrasuoni delle ovaie trattate hanno mostrato un aumento significativo delle loro dimensioni, rispetto a quelle non trattate. Le due pazienti hanno finora tollerato la terapia molto bene, senza complicazioni o effetti collaterali», continua Al-Hendy.

I ricercatori americani ora guardano già avanti alla possibilità che le donne possano tornare di nuovo fertili. Un risultato analogo era stato ottenuto qualche mese fa da un gruppo di ricercatori della Clinica Ivi di Valencia, che però avevano iniettato le staminali attraverso l'arteria ovarica: «Questa invece è la prima volta che le staminali vengono iniettate direttamente nelle ovaie. Anche se si tratta di dati preliminari e che riguardano solo due pazienti, sono molto interessanti e fanno ben sperare», rileva Pasquale Patrizio, direttore del centro di Fertilità dell'università di Yale.

Indubbiamente, quello del ringiovanimento delle ovaie è uno degli obiettivi principali su cui si sta focalizzando ora la ricerca nell'ambito della riproduzione.

© BY NC ND ALCUN D RITTI RISERVATI

GIURISPRUDENZA | IL MERITO

Risarcimenti. Il Tribunale di Milano applica la legge 24/2017

Medico libero professionista, responsabilità contrattuale

Giovanni Ricci

■ Arriva dal Tribunale di Milano, con la sentenza 1654 del 16 febbraio scorso (giudice Flaminio), una delle prime applicazioni della legge 24/2017 (Gelli-Bianco), che ha riformato la disciplina della responsabilità sanitaria, sostituendo il decreto legge 158/2012 (Dl Balduzzi).

Il Tribunale ha dato ragione a una paziente che aveva promosso il giudizio contro un dentista libero professionista: il giudice ha riconosciuto la responsabilità professionale, di natura contrattuale, del medico e lo ha condannato a risarcire i danni causati dalla sua condotta imprudente nella predisposizione e nel montaggio di protesi e impianti. Prima di avviare il contenzioso, la paziente aveva promosso un procedimento per accertamento tecnico preventivo (Atp), che aveva accertato la responsabilità del medico.

Il Tribunale, innanzitutto, ha chiarito che al "sinistro" lamentato dalla paziente si deve applicare in sede giudiziale la legge 24/2017, per quanto i fatti si siano verificati prima della sua entrata in vigore, avvenuta il 1° aprile 2017, se non altro per i criteri di liquidazione del danno. Infatti, il giudice richiama l'articolo 7, comma 4 della legge 24/2017, che detta i criteri di liquidazione del danno non patrimoniale da errore medico, rinviando alle tabelle ministeriali previste dagli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni (decreto legislativo 209/2005), analogamente a quanto peraltro già stabiliva l'articolo 3, comma 3, del Dl Balduzzi.

Ma l'articolo 7 della legge Gelli-Bianco consente anche di riflettere sul nuovo inquadramento della

responsabilità del medico inserito nell'organizzazione della struttura sanitaria come di natura extracontrattuale. Questa qualificazione impone al danneggiato attore di provare la colpa del medico, il nesso di causalità tra la condotta dello stesso e il danno e l'esistenza del danno stesso. Resta invece immutata la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria e del medico libero professionista, che comporta un più agevole onere della prova in capo al danneggiato.

Quando la legge 24/2017 verrà applicata integralmente, pertanto, sarà molto più vantaggioso agire direttamente nei confronti dell'ospedale/clinica (o della sua assicurazione), anziché nei confronti del sanitario (come invece avveniva in passato).

Infine, il provvedimento del Tribunale di Milano nell'esaminare le risultanze probatorie offerte dalla paziente danneggiata, prende in considerazione gli elementi emersi nel procedimento di accertamento tecnico preventivo, disciplinato dall'articolo 696-bis del Codice di procedura civile e da esperimenti obbligatoriamente prima di avviare il giudizio in base all'articolo 8 della legge 24/2017. Il procedimento di consulenza tecnica preventiva è finalizzato, con evidente scopo deflattivo del contenzioso, alla "composizione della lite": costituisce condizione di procedibilità della domanda risarcitoria di merito; e le parti (comprese le assicurazioni) devono parteciparvi, pena l'obbligo di pagare spese di consulenza e di lite a prescindere dall'esito del giudizio.

© RITRACCO DI UNO DEI SERVIZI

L'agenzia delle Entrate punta a 140mila controlli tra studi e Pmi - Braccio di ferro sull'abuso del diritto

I professionisti nel mirino del Fisco

Anche il Telepass attiva l'accertamento per viaggi incoerenti con il giro d'affari

■ Aumentano le verifiche fiscali sui professionisti e le piccole imprese. Per quest'anno le Entrate puntano a raggiungere 140mila controlli, in linea con il 2017. Ma gli obiettivi sono di una crescita negli anni successivi al ritmo di 10mila in più fino al 2020.

L'Agenzia ha elaborato una serie di indicatori sia generali (tra cui i pedaggi Telepass e le

indagini bancarie) che specifici per categoria (nel mirino oltre alla potenza dei software di studio persino la quantità di carta consumata). Si tratta di indici che serviranno da guida per le verifiche sul campo e documentali. In declino, invece, il monitoraggio sugli studi di settore che ormai riguarda l'1% del totale di questi contribuen-

ti. Intanto il braccio di ferro tra Fisco e tribunali sull'abuso del diritto non risparmia gli studi professionali.

Servizi ▶ pagina 5 e 19

Studi e imposte
LE STRATEGIE DI CONTRASTO

Gli strumenti

Dalle indagini bancarie all'uso del Telepass. Crescono le armi ammesse dai giudici

Allineamento perfetto

Solo il 14,5% non rispetta gli studi di settore contro il 32% delle altre categorie

Più controlli del Fisco sui professionisti

Obiettivo 160mila verifiche al 2020 su studi e Pmi - Imposta media accertata a 12mila euro

Cristiano Dell'Oste
Bianca Lucia Mazzei
Valeria Uva

Più controlli, accertamenti e indagini del Fisco sui professionisti. Le verifiche programmate sugli studi, insieme a quelle sulle piccole imprese, sono 140mila quest'anno, in linea con l'anno scorso. Ma sono destinate a crescere al ritmo di 10mila in più nel 2019 e nel 2020. Questi sono gli obiettivi che l'agenzia delle Entrate ha messo nero su bianco nell'ultimo piano degli indicatori di bilancio.

Numeri che - attendere - alzano il livello d'attenzione, se è vero che tra il 2015 e il 2016 la Corte dei conti aveva registrato un calo del 26% degli accertamenti, fermi appunto a poco più di 100mila due anni fa e poi risaliti a 142.700 l'anno scorso.

Così, dopo il calo della maggiore imposta accertata, dai circa 10 miliardi del 2015 ai 6,8 dell'anno seguente, ora il Fisco sembra voler invertire la tendenza. Con quali strumenti, però, sarà tutto da scoprire. Di certo, le cifre ufficiali certificano il declino degli studi di settore: basti pensare che per uno studio medico la possibilità di incriminare in Gerico tra il 2013 e il 2016

è scesa da un già modesto 1,6% allo 0,8 per cento. Mentre per gli avvocati e i consulenti del lavoro il "rischio" è ancora più basso.

Molto più utilizzate, invece, sono le strategie di controllo che puntano a ricostruire gli importi non dichiarati partendo da indizi più o meno probanti: dall'agenda degli appuntamenti ai consumi di carta e materiali di cancelleria. In questo filone, tra i trend che hanno fatto più discutere c'è l'utilizzo dei viaggi autostradali registrati dal Telepass, che in alcuni casi sono stati contestati in quanto incompatibili con il giro d'affari dichiarato.

Tra gli aspetti monitorati dal Fisco anche le prestazioni gratuite svolte dai professionisti, effettuate partendo dalle «rinunce al compenso» o dai cosiddetti «nulla a pretendere» rilasciati alla clientela (si veda Il Sole 24 Ore del 15 marzo).

Nel raccontare le strategie dell'amministrazione finanziaria, non va sottovalutato l'impatto della crisi economica, che non ha certo risparmiato i professionisti. Detto diversamente: il calo del dichiarato non è riconducibile semplicisticamente al sommerso.

Secondo i dati dell'Associazione previdenziale degli enti privati-Adepp, l'ultimo anno in cui i redditi medi sono aumentati è stato il 2009. Da lì in avanti la discesa è stata continua e nel periodo 2010-2016 ha tagliato i redditi medi dei liberi professionisti dell'11,3%, facendoli scendere da 38mila a meno di 34mila euro.

Anche per questo sarà interessante vedere l'evoluzione delle cifre medie accertate nei prossimi anni. La Corte dei conti rileva per il 2016 una media di circa 12mila euro, importo che può apparire modesto in valore assoluto, ma che va rapportato - per l'appunto - al giro d'affari dei soggetti coinvolti. Guardando ai dati dichiarati ai fini degli studi di settore per l'anno d'imposta 2015, che pure non sono

perfettamente sovrapponibili con l'imponibile previdenziale monitorato dall'Adepp, si vede che quattro professionisti su dieci hanno compensi e ricavi inferiori ai 30mila euro, con una media che - includendo anche i soggetti non congrui - supera di poco i 14.500 euro all'anno.

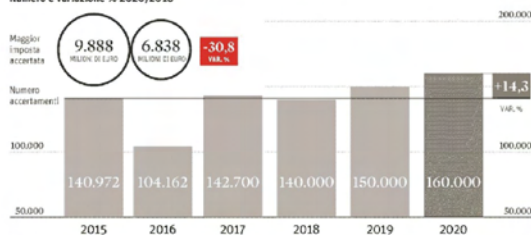
Per quanto gli studi di settore siano sempre meno usati come strumenti di accertamento - come si è detto - i dati delle Finanze offrono comunque un altro interessante spaccato della categoria. In termini di aderenza ai risultati del software Gerico, i professionisti superano tutte le

altre tipologie di contribuenti (commercio, servizi, estrazione e manifatture). Tra coloro che dichiarano meno di 30mila euro di ricavi, la percentuale dei soggetti non congrui e non adeguati si ferma al 19%, mentre negli altri comparti non scende mai sotto il 30 per cento. Ancora più netto lo scarto se si sale sopra i 30mila euro di compensi e ricavi: qui la quota di chi non è congruo e non si adegua scende al 10% contro percentuali (almeno) doppie registrate negli altri settori.

Il bilancio

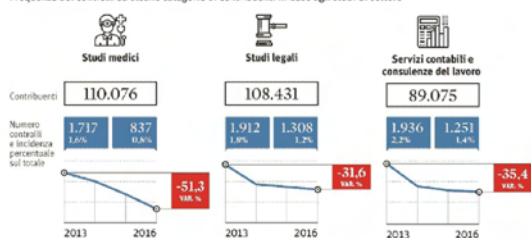
I CONTROLLI PASSATI E QUELLI IN ARRIVO

Accertamenti imposte dirette, Iva e Irpef su professionisti e piccole imprese.
Numero e variazione % 2020/2018



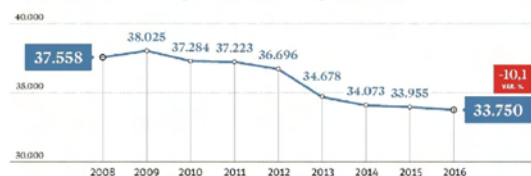
IL MONITORAGGIO DI GERICO

Frequenza dei controlli su alcune categorie di contribuenti in base agli studi di settore



I REDDITI MEDI DEI PROFESSIONISTI

Frequenza dei controlli su alcune categorie di contribuenti in base agli studi di settore



A CURA DI Laura Ambrosi e Antonio Iorio

Gli elicotti si valdano in base alle metodologie di controllo delle Forze.

- **Patrocine:** tribunali, commissioni tributarie, giudici di pace, Tar, ispezione di registri relativi ai noil, escussioni, sentenze, eccetera
- **Per i litigiosi** che seguono cause dinanzi alla Corte dei conti si presume, dato l'esiguo numero degli esecutori, una parcella più rilevante per le cause concluse con esito positivo
- **Può essere esaminato il registro del collegio con i detenuti, individuando quelli ai quali ha partecipato il professionista**
- **È ritenuto efficace l'invio di un questionario per i clienti (materialità)**
- **Analisi dei costi sostenuti per il dialogo e la pratica effettuata da tecnici forensi attivi, pagamento ed applicazione dell'iva divisi, scritture, verbali, atti, eccetera**

- 
- INGEGNERI, ARCHITETTI
E GEOMETRI**
- Analisi del costo del software di grafica, di calcolo strutturale, eccetera
 - L'individuazione in controdibattito delle funzionalità e poter citarli del software
 - Relazioni tecniche, e/o bonari, progetti e calcoli depositati presso uffici pubblici
 - I verificatori possono reperire autonomamente i documenti presentati in via telematica attraverso le piattaforme online
 - Scelta dell'emulazione dei computer del professionista via internet e rilevante alla sua pratica quotidiana sul cliente, presenza su mobile, eccetera

- NOTA!**

 - Verifica di tutti i registri obbligatori, compresi i reportari
 - I veri e propri devono limitare il controllo dello schedario dei clienti alle sole parti che possono essere rilevanti per la determinazione del tipo di prestazione resa
 - Ricordino che i singoli atti reportariati e le registrazioni cartelli ad essi relative
 - Correlino i loro dati con i dati correlanti alla Cassa per il Risparmio

70

- Analisi dei consumi di materiale
- Incentivazione all'acquisto individuale in quantità di materiali necessari per ogni tipologia di prestazione
- Il numero di prestazioni svolte (appuntamenti, controlli, prestazioni totali, eccetera) che non è tenuto conto per la valutazione dell'odontoiatra
- Incentivazione delle sedute effettuate da ciascun paziente
- Incentivazione del preventivo di spesa per ciascun paziente
- Analisi dei consumi di servizi, materiali e prestazioni
- Incentivazione della visita di una percentuale allungata per campagne di prevenzione dentale, visite di controllo, visite per consulenza, eccetera (da determinare probabilmente in base al numero di prestazioni)
- Discorso del tempo medio di attesa per ottenere una visita, del tempo medio di impiego per una seduta, del numero dei clienti presenti all'atto dell'accoglienza, del numero dei clienti che non si presentano all'appuntamento