



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



IL DATO

Sanità e carenze di personale: Campania tra le più penalizzate d'Italia

Disparità tra Regioni per quanto riguarda la consistenza del personale sanitario. A fronte di una media di 11,8 unità per mille residenti, a livello nazionale, si va da 8,6 della Campania a 16,6 della Valle d'Aosta. È quanto emerge dallo studio 'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi sanitari Regionali', condotto da Crea, commissionato dalla Funzione Pubblica Cgil e dalla Fondazione Luoghi Comuni, che prende a riferimento un arco temporale che va dal 2014 al 2017. L'indagine, presentata oggi a Roma, è stata effettuata su tutte le regioni italiane. La Campania, quindi, è la Regione tra quelle rilevate in cui la 'copertura' da parte di personale di strutture pubbliche (o equiparate) del Ssn è minore; segue la Sicilia con 9,7; la Calabria con 9,9; Puglia 10,3; Abruzzo 10,7 e ancora Lazio (11,1) e Lombardia (11,7). Valutazioni analoghe si possono fare considerando i posti letto nelle strutture private accreditate dal Ssn: a fronte di una media nazionale di 0,75 ogni mille residenti, il range è estremamente ampio: la Campania ne ha 1,06 e la Liguria 0,13. Per le Regioni, ci sono ancora prima la Campania, seconda la Calabria con 1,04, terzo il Lazio con 0,91; seguono Sicilia (0,87), Lombardia (0,83) e Abruzzo (0,81). Questi dati, sottolinea l'indagine, si riflettono sulle risorse destinate all'acquisto di servizi sanitari in convenzione/accreditamento. A



fronte di una spesa media pro-capite nazionale per il 2015 di 300,12 euro (Campania 377 euro, Umbria 151,81 euro), per le Regioni analizzate si va dal dato della Campania (che si conferma la Regione con maggior presenza di privato), al Lazio (376,41 euro) e alla Puglia (368,76); seguono Lombardia (361,23); Sicilia (349,37); Molise (322,64) e Veneto (286,94). "Si noti che il dato di Lazio e Lombardia - si legge nel report - è molto vicino a quello della Campania, dato spiegato dalla presenza di strutture private che esercitano una forte attrazione di pazienti di altre Regioni". Tra il 2010 e il 2015, infine, la spesa pro capite in convenzione è rimasta stabile in Campania, mentre si è ridotta rispettivamente del 13% e del 14% in Lazio e Lombardia, diminuendo del 5% anche in Veneto. "La Campania, dunque, si conferma la Regione in assoluto con il maggior ricorso al privato, mentre il Veneto è fra quelle con la maggiore quota di copertura pubblica; Lazio e Lombardia - conclude l'indagine - nell'ordine indicato, si posizionano su valori intermedi".

Blu per la rabbia, rosso per la felicità: uno studio americano per la prima volta ha documentato la connessione tra il sistema nervoso e i diversi colori che compaiono sul viso. I risultati serviranno per le intelligenze artificiali

Tutte le sfumature delle emozioni

**I DIVERSI TONI
DIPENDONO
DALL'AFFLUSSO
DI SANGUE
INTORNO AGLI OCCHI
E AL MENTO**

**IL SOFTWARE
CHE È STATO CREATO
VERRÀ UTILIZZATO
PER ARRICCHIRE
ROBOT SEMPRE
PIÙ UMANIZZATI**

LA SPERIMENTAZIONE

Arrossire è uno dei pochi segnali comunicativi che non possiamo falsificare. Il caldo sale, le gote sembrano di fuoco. E, spesso, con il passare dei minuti, il viso diventa incandescente. Si può fingere un sorriso, si può lacrimare ma, non arrossire è veramente impossibile. Squadre di psicologi si sono cimentati ad insegnare come dissimulare quei momenti organizzando anche corsi intensivi.

Con consigli e indicazioni, ovviamente. Astuzie che, in quel momento, è proprio difficile ricordare. D'altronde, si sa, come è difficile non impallidire quando ci si spaventa. Sono proprio i colori, un'infinita varietà di sfumature, dunque, a rivelare le nostre emozioni. Anche quelle che crediamo di poter abilmente nascondere. Quando, per esempio, diciamo una bugia o bluffiamo al tavolo da gioco. Perché, è un gruppo di ricercatori che lo ha messo nero su bianco dopo anni di studi e test incrociati, le emozioni sono colorate. Nel senso che ogni nostro sentire corrisponde ad una tonalità ben precisa che compare sul nostro viso.

IL CROMATISMO

Una connessione diretta tra ciò che proviamo e il colore che, sapendolo leggere, si palesa. Così che, quando ci capita di essere pervasi da un mix di emozioni, le sfumature si mescolano e danno vita, come accade con i

pastelli a cera sovrapposti, ad un insieme molto particolare. Il blu è la rabbia, il rosso la felicità come la vergogna, il verde il disgusto. Più dell'occhio umano è stato un sofisticato programma ad allenarsi a riconoscere i colori e il sentire.

La ricerca è stata pubblicata sulla rivista dell'Accademia delle scienze degli Stati Uniti, Pnas, e condotta nella Ohio State University. Positivi i primi test che hanno utilizzato un software ad hoc: riesce a distinguere con precisione le emozioni umane attraverso le sfumature che si alternano sul viso di chi arrossisce o impallidisce.

Non solo abbinamenti cromatici. Ma anche lo studio delle cause che scatenano le diverse tonalità. A dare i colori alle emozioni sono i piccoli cambiamenti nell'afflusso del sangue monitorati attorno a naso, sopracciglia, guance o mento.

Dalla ricerca è emerso che nel 75% dei casi le persone, una volta concentrate sull'analisi del volto del campione, sono in grado di identificare correttamente i sentimenti degli altri.

Per la prima volta è stata, dunque, documentata la connessione tra il sistema nervoso centrale e l'espressione cromatica dell'emozione sul viso. I ricercatori hanno costruito algoritmi informatici che riconoscono correttamente il sentire umano attraverso le sfumature. «Abbiamo identificato dei modelli di colorito del viso unici per ogni emozione studiata», spiega Aleix Martinez coordinatore del lavoro, neuroscienziato e docente di Ingegneria elettrica e

informatica alla Ohio State University.

LE TEMPIE

«Riteniamo che questi modelli - aggiunge - siano dovuti a sottili cambiamenti nel flusso del sangue innescati dal sistema nervoso centrale». Ma perché mettere tempo, energie e denaro in una ricerca che, alla fine, ci permette di «leggere» i colori di chi è arrabbiato o prova un senso di fastidio profondo? Perché questi algoritmi, fanno sapere dall'università, potranno, in un futuro prossimo venturo, essere utilizzati per «forme» di intelligenza artificiale. «Forme» che potranno riconoscere ed imitare le nostre emozioni. Dall'ira, appunto, alla felicità per un inaspettato innamoramento. Da qui, il passo per la commercializzazione dell'algoritmo, «Online Emotion».

I volontari hanno dato le risposte esatte la maggior parte delle volte. E, quando i ricercatori, hanno «sviato» il test con tonalità diverse il campione scelto per la sperimentazione se ne è subito accorto dell'imbroglio.

LA SPIA

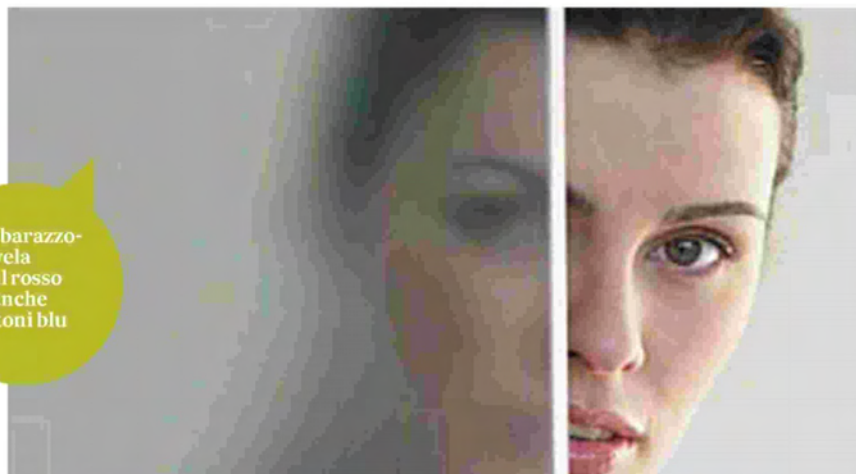
«C'è un po' di ogni colore su tutta la faccia nelle diverse quantità e nei diversi punti. Il disgusto, per esempio, dà una sfumatura blu-giallognola vicino le labbra e una verde-rossastra attorno a naso e fronte. Tempie guance arrossate, con un po' di blu intorno al mento, sono la spia di uno stato di felicità. Mentre lo stesso mix con un po' più di rosso sulla fronte e meno blu sul mento rivela la sorpresa». I ri-

cercatori hanno lavorato su centinaia e centinaia di foto. Indipendentemente dal sesso, dall'etnia e dal tono della pelle: tutti gli individui avevano le stesse caratteristiche quando esprimevano la stessa emozione. Tocchi di rosso, verde, blu e giallo, distribuiti sul viso, caratterizzano ogni emozione.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'imbarazzo si rivela con il rosso ma anche con toni blu



Le reazioni



LA FELICITÀ

Tempie e guance arrossate, più o meno intensamente, con un po' di blu nella parte attorno al mento



IL DISGUSTO

Una sfumatura blu-giallognola vicino le labbra e una verde rossastra attorno a naso e fronte



LA RABBIA

La forte reazione provoca tocchi di blu, a volte a chiazze, attorno al mento e sulla fronte

Una ricerca ha dimostrato che le diete vegetariana e mediterranea proteggono il cuore allo stesso modo

Menù verdi e l'infarto si allontana

UNA SPERIMENTAZIONE DELL'UNIVERSITÀ DI FIRENZE: TUTTI E DUE I REGIMI POCO CALORICI ABBASSANO GLICEMIA, COLESTEROLO E PESO

LO STUDIO

Negli ultimi anni abbiamo assistito al proliferare di un numero impressionante di regimi dietetico-alimentari volti, secondo le intenzioni degli inventori, a migliorare non solo il peso, ma anche il profilo lipidico dei pazienti, nonché a ridurre il loro rischio cardiovascolare. Tra le varie diete proposte, quella latto-ovo vegetariana è sicuramente la più comune. Prevede l'esclusione dall'alimentazione di carne e pesce sia freschi che conservati o processati, ma consente l'assunzione di uova, latte ed anche di prodotti caseari come formaggi, mozzarella o ricotta.

In realtà sono già comparsi studi sulla dieta vegetariana in numerose riviste internazionali. Recentemente uno studio che coinvolgeva oltre 130.000 vegetariani ha dimostrato una riduzione di alcuni fattori di rischio rispetto al gruppo di controllo.

I TRIGLICERIDI

Nell'ultimo numero della rivista "Circulation" viene presentato lo studio Cardiveg (Prevention

of Cardiovascular Diseases with the Vegetarian Diet) dei ricercatori dell'Unità di Nutrizione clinica dell'università di Firenze. La dieta vegetariana è stata paragonata a quella mediterranea per quanto riguarda la riduzione dei fattori di rischio per il cuore. Sono stati analizzate 118 persone in sovrappeso con colesterolo, trigliceridi e glicemia oltre i livelli di guardia. Nella fase iniziale i partecipanti hanno seguito una dieta vegetariana a basso contenuto calorico (anche con latticini e uova) oppure un menù mediterraneo a base di pollo, pesce, carne rossa, frutta e verdura, legumi, cereali integrali.

LA BILANCIA

Alla fine del lavoro, i partecipanti hanno riportato importanti risultati. Non vi erano differenze tra le due diete nella riduzione del peso corporeo (-1,88 kg la vegetariana, -1,77 kg la mediterranea), così come erano simili le riduzioni dell'indice di massa corporea e della massa grassa. La dieta vegetariana sembrerebbe più efficace di quella mediterranea nel ridurre il colesterolo Ldl (5,4% in meno), mentre al contrario quest'ultima ridurrebbe più dell'altra i trigliceridi (-5,9%). Da notare che la dieta vegetariana utilizzata nello studio prevede comunque il consumo di uova nonché di latte e derivati. I benefici risultati ottenuti non vanno quindi estrapolati ad altre diete (es. la vegana) che qui non sono state prese in conside-

razione.

Nello studio attuale la dieta di confronto è stata quella mediterranea. Molte ricerche hanno dimostrato l'efficacia di questa dieta nel ridurre il peso, la massa grassa, il colesterolo e altri fattori di rischio cardiovascolare. Diversi, invece, sono gli effetti di un regime alimentare vegano. Che non prevede, cioè, proteine animali. È stato, infatti, dimostrato che questo tipo di regime può creare nell'organismo carenze di ferro, zinco e grassi Omega tre.

Antonio Rebuzzi

Direttore Cardiologia Intensiva Policlinico A.Gemelli-Università Cattolica

I consigli

Il latte

► Benefici per il cuore sono stati dimostrati da una dieta vegetariana anche con latticini e uova

Farine integrali

► Farine integrali nel menù mediterraneo destinato a chi deve abbassare colesterolo, glicemia, trigliceridi

Il ferro

► Con la dieta vegana (niente proteine animali) vengono a mancare ferro, zinco, vitamina B12

21/3/2018

Cumulo, Enpam ha firmato la convenzione con l'Inps. No alla tassa Boeri

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Cumulo, Enpam ha firmato la convenzione con l'Inps. No alla tassa Boeri

panoramasanita.it/2018/03/20/cumulo-enpam-ha-firmato-la-convenzione-con-linps-no-alla-tassa-boeri/



0
0
0
0
0

Le Casse dei professionisti hanno firmato ieri le convenzioni sul cumulo e le hanno inviate simultaneamente via pec all'Inps, rimuovendo l'ultimo ostacolo formale al pagamento degli assegni a chi ha già fatto domanda. "Con quest'atto le Casse intendono togliere

ogni alibi all'Istituto pubblico, che da mesi sta ritardando l'adempimento di una legge. Se l'Istituto continuerà a non pagare, d'ora in poi gli interessati potranno azionare eventuali rimedi giudiziari nei confronti dell'Inps", precisa l'Adepp. "Il documento firmato" chiarisce l'Enpam "prevede che le Casse si facciano carico delle quote di pensione di propria competenza e degli stessi oneri già previsti per le pensioni in totalizzazione. Le condizioni cioè sono identiche a quelle previste dalla convenzione già esistente con l'Inps e pacificamente in vigore dal 2007. Quest'anno l'Inps aveva invece avanzato la pretesa di addebitare un importo fino a un massimo di 65,04 euro per ogni pratica di cumulo. Non solo: l'istituto chiedeva di mettere a pagamento anche le pratiche di totalizzazione, che sono state sempre gratuite. Secondo le Casse queste pretese non hanno fondamento. Infatti a seguito dell'estensione del cumulo alle casse professionali, lo Stato ha riconosciuto all'Inps un maggior finanziamento che, a regime, raggiungerà l'importo di 89milioni di euro all'anno". «Queste risorse sono finanziate con le tasse pagate da tutti i contribuenti italiani, compresi i professionisti e le loro Casse. Sarebbe una discriminazione inaccettabile imporre ai nostri iscritti di pagare lo stesso costo due volte», dichiara il presidente dell'Adepp Alberto Oliveti. "Inoltre le Casse, per rispettare la legge" aggiunge l'Ente, "hanno già accettato di accollarsi i maggiori costi pensionistici derivanti dal cumulo, senza ricevere alcun ristoro da parte dello Stato, e non hanno nemmeno chiesto all'Inps di rimborsare loro i costi amministrativi che dovranno sostenere per istruire le pratiche di pensione anche per le quote di competenza dell'istituto pubblico.

Infine non è chiaro a cosa dovrebbero servire questi 65,04 euro, visto che gli uffici Inps li hanno chiesti per coprire dei costi che l'istituto dovrebbe comunque sostenere se l'iscritto non facesse domanda di pensione in cumulo ma chiedesse la pensione per via ordinaria (Le motivazioni addotte da Inps sono: "informazioni sulle eventuali variazioni pensioni", "richiesta cambio ufficio pagatore", "cessione del quinto", "pignoramenti", "altre attività legate alla circostanza che il pagamento sia gestito da Inps"). «Se l'Inps ha così tanti problemi a gestire le pensioni in cumulo, le Casse si offrono volontarie per pagarle loro gratuitamente», dichiara Oliveti. "Le ragioni della "Tassa Boeri" afferma l'Enpam "sarebbero altre. In una lettera aperta inviata venerdì

21/3/2018

Cumulo, Enpam ha firmato la convenzione con l'Inps. No alla tassa Boeri

servirebbero, ad esempio, ad assumere nuovi funzionari per accelerare il pagamento delle pensioni ex Inpdap. Cioè per scopi che nulla hanno a che vedere con le pensioni in cumulo dei professionisti. Nella lettera Tito Boeri ha anche ammesso che la procedura informatica per la gestione del cumulo, che era stata annunciata per i primi di marzo, non è stata pubblicata per via dei 65 euro. L'Adepp aveva già sollecitato l'Inps a dare il via al cumulo accantonando la questione del pagamento di eventuali costi gestionali, che Inps e le Casse potranno definire successivamente tra di loro, eventualmente anche per via giudiziaria”.

21/3/2018

Corte dei Conti: Ssn migliora la spesa e riduce il deficit. Ma si ricorre di più al privato e aumento età apre la porta a nuovi rischi tutti ...

quotidianos**sanità**.it

Martedì 20 MARZO 2018

Corte dei Conti: Ssn migliora la spesa e riduce il deficit. Ma si ricorre di più al privato e aumento età apre la porta a nuovi rischi tutti da valutare

“Referto al Parlamento” sulla gestione sanitaria dei servizi sanitari regionali 2016 della Corte dei Conti: i magistrati contabili sollecitano a tenere sempre “alta la guardia” perché la maggiore durata della vita e l’innovazione tecnologica di farmaci e dispositivi medici spingono inevitabilmente a un aumento della spesa, e “occorrerà valutare se le politiche di contenimento saranno compatibili con queste esigenze. [IL DOCUMENTO](#).

"I dati di contabilità nazionale dei recenti anni e le previsioni per i prossimi (sia pur con tutte le cautele che si possono esprimere sulle previsioni) confermano che il sistema sanitario italiano, a confronto con quelli dei maggiori Paesi europei, resta tra i (relativamente) meno costosi, pur garantendo, nel complesso, l'erogazione di buoni servizi. Deve essere attenzionata, peraltro, la tendenza ad un maggior ricorso a prestazioni svolte da privati, integralmente a carico dei cittadini".

E ancora: "Confrontando le variazioni medie della spesa sanitaria pro capite totale (pubblica e privata) in termini reali nei principali paesi europei negli anni 2009/2016, solo l'Italia, insieme a Grecia e Portogallo, riduce la spesa per l'assistenza sanitaria, mentre tutti gli altri paesi considerati l'hanno incrementata".

Questo il primo commento della Corte dei Conti nel suo “Referto al Parlamento” sulla gestione sanitaria 2016 dei servizi sanitari regionali in cui i magistrati contabili sollecitano a tenere sempre “alta la guardia” perché la maggiore durata della vita e l'innovazione tecnologica di farmaci e dispositivi medici spingono inevitabilmente ad un aumento della spesa, e “occorrerà valutare se le politiche di contenimento saranno compatibili con queste esigenze. E soprattutto se il sistema economico nel suo complesso sarà in grado di sostenere la richiesta di ulteriori risorse per il mantenimento di un adeguato livello delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini".

Positivo invece è giudicato l'andamento in diminuzione del deficit, ridotto a circa un miliardo e con buone prospettive di rientro.

Prosegue anche la riduzione del debito verso i fornitori, ridotto di circa il 40% tra il 2012 e il 2016, anche se la massa resta ancor importante, con oltre 20 miliardi, sia pure al lordo della quota fisiologica di passività a fine esercizio. Coerente con questo andamento, a livello di comparto complessivo e al netto di specifiche situazioni, è la diminuzione dei crediti delle aziende sanitarie verso la Regione, indice di un più corretto e tempestivo trasferimento delle risorse agli enti che si trovano, quindi, a poter meglio gestire i pagamenti ai fornitori.

La Corte sottolinea anche che il Servizio sanitario nazionale, negli ultimi anni, non ha contribuito a far lievitare la spesa pubblica: rispetto al 2013, nel triennio 2014/2016 la spesa primaria corrente si incrementa di circa 21 miliardi, di cui 3 attribuibili alla spesa sanitaria, 17 alla spesa pensionistica e alle altre prestazioni sociali in denaro. Rispetto al 2012, invece, nel quadriennio 2013/2016 le uscite per il Ssn aumentano di 2 miliardi, quelle per le prestazioni sociali in denaro di circa 26 miliardi, di cui 11 miliardi per il pagamento delle pensioni, 3 miliardi per le indennità di disoccupazione e, tra le prestazioni assistenziali in denaro, quelle relative alla voce "Altri assegni e sussidi" di 11 miliardi.

La spesa sanitaria, nel triennio 2014/2016, cresce (+0,9%) meno della restante spesa corrente primaria (+1,0%), mentre spesa pensionistica e altre prestazioni sociali in denaro aumentano ad un tasso medio circa doppio (+1,8%).

La crisi economica iniziata nel 2008/2009, quindi, ha rimodellato il peso delle componenti di spesa del bilancio pubblico, stabilizzando quella relativa al Ssn al 6,7% del Pil nel 2016, e incrementando, anche in

21/3/2018 Corte dei Conti: Ssn migliora la spesa e riduce il deficit. Ma si ricorre di più al privato e aumento età apre la porta a nuovi rischi tutti ...

famiglie nell'ambito dei sistemi di sicurezza e assistenza sociale (20,1% del Pil nel 2016). In particolare, nel periodo 2012-2016, la spesa corrente primaria incrementa da 67110 a 705 miliardi, ma le uscite destinate alla produzione di servizi pubblici, ossia i "consumi finali della pubblica amministrazione"¹¹, di cui le spese per il Servizio sanitario nazionale rappresentano il 35,5% dell'aggregato¹², si stabilizzano a 315 miliardi, riducendosi di circa 13 miliardi rispetto ai 328 miliardi del 2010/13, mentre aumentano di 26 miliardi, da 31114 (anno 2012) a 33.715 miliardi (anno 2016), i trasferimenti monetari dal bilancio pubblico per le prestazioni sociali in denaro di natura previdenziale e assistenziale.

Secondo il referto al Parlamento poi, nel periodo osservato sono cresciute le disponibilità liquide presso gli enti sanitari. "Questo fenomeno è ambivalente – spiega il referto –: per un verso segnala che i vari interventi hanno consentito un miglioramento dei flussi di entrata degli enti sanitari; per contro evidenzia una certa vischiosità all'interno delle procedure di pagamento, considerato che ancora è rilevante il debito e che ancora si rilevano pagamenti per interessi passivi per anticipazioni di cassa e moratori".

Il sistema sembrerebbe ormai in equilibrio, commenta la Corte dei conti, ma per esserne certi bisogna attendere di verificare le coperture nella gestione successiva.

Per poter considerare il sistema strutturalmente riequilibrato sono due gli indicatori individuati:

- il ricorso alle coperture deve essere se non assente, limitato ad occasioni marginali
- il debito verso i fornitori deve essere sostanzialmente azzerato, salvo quanto attiene alla fisiologica dinamica dei pagamenti che si possono presentare a cavallo di due anni lasciando inevitabilmente dei residui.

E il referto sottolinea che "queste condizioni ancora non si sono avverate".

In più "la politica di contenimento della spesa pubblica in generale ha compresso pesantemente l'ambito degli investimenti, ed anche il settore sanitario ne ha risentito. Ciò non contribuisce al rilancio dell'economia e incide qualitativamente sul livello dei servizi erogati".

I problemi secondo la Corte dei Conti sono sempre gli stessi.

Al primo posto c'è il ritardo nella ripartizione del fondo sanitario nazionale. "Se uno dei pilastri della corretta e sana gestione finanziaria è dato da una tempestiva programmazione – si legge – di fatto tale principio è regolarmente frustrato dalla mancata individuazione in tempi adeguati delle risorse disponibili per i servizi sanitari regionali".

Secondo la relazione questa situazione compromette un'efficiente gestione delle risorse e ne rende anche opaca la rappresentazione contabile che va avanti a suon di acconti periodici e regolazioni che avvengono ogni due/tre anni, con tutte le difficoltà del caso nella ricostruzione dei conti e nella loro lettura da parte di chi è chiamato ad effettuare le dovute verifiche.

Poi andrebbero individuati parametri obiettivi per la definizione del costo dei Lea erogati dalle Regioni a statuto speciale e dalle Province autonome, attualmente ancora escluse dal monitoraggio sull'erogazione dei Lea. La quota virtualmente loro assegnata (in realtà non ricevono fondi dallo Stato ma utilizzano fondi propri per il funzionamento dei rispettivi servizi sanitari) "corre il rischio di essere priva di effettivo significato e l'interpretazione dei risultati può dar luogo a valutazioni non coerenti con la situazione effettiva".

Secondo la Corte "vanno approntate regole per l'omogenea integrazione dei conti del perimetro sanitario di cui al Titolo II del d.lgs. n. 118/2011, con il bilancio regionale generale disciplinato dallo stesso decreto legislativo. L'integrazione dei due ambiti potrebbe consentire una ricostruzione esaustiva dei conti regionali ai fini del coordinamento della finanza pubblica, e, conseguentemente, una più adeguata valutazione, da parte delle Sezioni regionali di controllo, dei conti delle Regioni e Province autonome anche alla luce dei risultati degli enti sanitari, come previsto dal d.l. n. 174/2012".

21/3/2018

Corte dei Conti: Ssn migliora la spesa e riduce il deficit. Ma si ricorre di più al privato e aumento età apre la porta a nuovi rischi tutti ...

La spesa sanitaria nello scenario generale di finanza pubblica - Dati di consuntivo 2013 - 2016

	Consuntivo				Variazioni percentuali			Variazioni % cumulate	Variazioni % medie
	Anni				2014	2015	2016	2014-2016	2014-2016
	2013	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014-2016	2014-2016
Totale spesa corrente	761.236	765.380	761.112	771.347	0,5	-0,6	1,3	1,2	0,4
di cui: Spesa per interessi	77.568	74.377	68.040	66.475	-4,1	-8,5	-2,3	-15,0	-5,0
Spesa corrente primaria	683.668	691.003	693.072	704.872	1,1	0,3	1,7	3,1	1,0
di cui: Spesa sanitaria*	109.614	110.938	111.245	112.542	1,2	0,3	1,2	2,7	0,9
Spesa primaria corrente al netto della spesa sanitaria	574.054	580.065	581.827	592.330	1,0	0,3	1,8	3,1	1,0
Incidenza spesa sanitaria su spesa corrente primaria	16,0	16,0	16,05	15,97					
Incidenza spesa sanitaria sul PIL	6,8	6,8	6,76	6,73					
Spesa per pensioni e altre prestazioni sociali in denaro	319.688	326.863	332.792	337.513	2,2	1,8	1,4	5,4	1,8
Incidenza spesa pensionistica e altre prestazioni sociali sulla spesa primaria corrente	46,8	47,3	48,01	47,88					
Incidenza spesa pensionistica e altre prestazioni sociali sul PIL	19,9	20,1	20,14	20,08					
Investimenti fissi lordi	38.557	36.806	36.860	35.394	-4,5	0,15	-4,0	-8,35	-2,7
Incidenza investimenti fissi lordi sul PIL	2,4	2,3	2,2	2,1					
PIL nominale (x 1.000)	1.604,5	1.621,8	1.652,2	1.680,5	1,1	1,9	1,7	4,7	1,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da Nota di Aggiornamento Def 2017, Conto economico della P.A a legislazione vigente; importi in milioni di euro

Dati di previsione 2017 - 2020

	Previsione				Variazioni percentuali			Variazioni % cumulate	Variazioni % medie
	Anni				2018	2019	2020	2018-2020	2018-2020
	2017	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018-2020	2018-2020
Totale spesa corrente	781.689	788.140	799.549	813.899	0,8	1,4	1,8	4,0	1,3
di cui: Spesa per interessi	65.866	63.579	64.511	66.849	-3,5	1,5	3,6	1,6	0,5
Spesa corrente primaria	715.823	724.561	735.038	747.050	1,2	1,4	1,6	4,2	1,4
di cui: Spesa sanitaria*	114.138	115.068	116.105	118.570	0,8	0,9	2,1	3,8	1,3
Spesa primaria corrente al netto della spesa sanitaria	601.685	609.493	618.933	628.480	1,3	1,6	1,5	4,4	1,5
Incidenza spesa sanitaria su spesa corrente primaria	15,94	15,88	15,80	15,87					
Incidenza spesa sanitaria sul PIL	6,6	6,5	6,4	6,3					
Spesa per pensioni e altre prestazioni sociali in denaro	343.850	352.740	361.290	370.730	2,6	2,4	2,6	7,6	2,5
Incidenza spesa pensionistica e altre prestazioni sociali sulla spesa primaria corrente	48,04	48,68	49,15	49,63					
Incidenza spesa pensionistica e altre prestazioni sociali sul PIL	20,0	19,9	19,8	19,8					
Investimenti fissi lordi	35.541	37.356	38.626	38.113	5,1	3,4	-1,3	7,2	2,4
Incidenza investimenti fissi lordi sul PIL	2,1	2,1	2,1	2,0					
PIL nominale tendenziale (x 1.000)	1.716,5	1.768,7	1.821,7	1.876,6	3,0	3,0	3,0	9,0	3,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da Nota di Aggiornamento Def 2017, Conto economico della P.A a legislazione vigente; importi in milioni di euro

Variazione media *pro capite* della spesa sanitaria totale in termini reali, anni 2003/2016

Paesi dell'area euro	2003/2009	2009/2016
Grecia	5,4	-5,0
Portogallo	2,2	-1,3
Italia	1,6	-0,3
Irlanda	6,9	0,1
Spagna	3,4	0,3
Francia	1,6	0,9
Germania	2,2	1,8
Austria	2,1	1,0
Paesi dell'Unione non aderenti all'area euro		
Polonia	6,6	3,1
Rep Ceca	4,9	0,1
Ungheria	-0,4	2,7
Danimarca	3,4	0,3
Paesi europei non aderenti all'Unione europea		
Regno Unito	3,9	0,9
Norvegia	2,1	1,8
Svizzera	1,8	0,9

Fonte: Banca dati Ocse, estrazione dati dicembre 2017

21/3/2018

Consiglio di Stato: stop agli appalti a ditte o cooperative per il personale della Sanità

quotidianos**sanità**.it

Martedì 20 MARZO 2018

Consiglio di Stato: stop agli appalti a ditte o cooperative per il personale della Sanità

Il Consiglio di Stato ha accolto il ricorso di una società di somministrazione lavoro autorizzata e dell'Associazione nazionale delle agenzie per il lavoro, bocciando un "appalto di servizi" all'Asl Roma 6 che in realtà "ha ad oggetto una somministrazione di personale - attività, quest'ultima, ex lege riservata alle Agenzie per il Lavoro iscritte nell'apposito Albo presso il ministero del Lavoro" - come si legge nella sentenza. [LA SENTENZA](#).

Stop alla somministrazione di personale alle aziende sanitarie attraverso appalti "fittizi" a ditte e cooperative.

Un'abitudine nata nelle Asl e negli ospedali che per far fronte alla carenza di personale (infermieri, Oss, ausiliari, ma anche personale tecnico e amministrativo) in regime di blocco delle assunzioni utilizzano il meccanismo degli appalti per migliaia di figure professionali, spendendo centinaia di milioni e affidando l'organizzazione soprattutto a cooperative.

A fermare il meccanismo è il Consiglio di Stato che, con la sentenza 1571/2018, su ricorso di una società di somministrazione lavoro autorizzata e dell'Associazione nazionale delle agenzie per il lavoro (Assolavoro), ha bocciato un "appalto di servizi" dell'Asl Roma 6 che in realtà "ha ad oggetto una somministrazione di personale - attività, quest'ultima, ex lege riservata alle Agenzie per il Lavoro iscritte nell'apposito Albo presso il ministero del Lavoro" - come si legge nella sentenza.

Lo stesso Consiglio di Stato sottolinea che "conseguenza di tale erronea impostazione è che la partecipazione alla gara è stata consentita a tutte le imprese commerciali, a cui è vietata la somministrazione di personale pena la commissione di un illecito amministrativo (cfr. art. 40 del Dlgs n. 81 del 2015); mentre è stata preclusa alle Agenzie per il Lavoro - e tra queste alla società appellante - a causa dei particolari requisiti d'accesso richiesti, incentrati sullo svolgimento di servizi analoghi a quelli oggetto di gara".

La sentenza sottolinea che anche "la Corte di Cassazione è intervenuta a dettagliare in modo ancor più specifico gli indici sintomatici della non genuinità di un affidamento formalmente qualificato come "appalto", ma in realtà dissimulante una somministrazione di personale, ravvisandoli nei seguenti elementi:

- a) la richiesta da parte del committente di un certo numero di ore di lavoro;
- b) l'inserimento stabile del personale dell'appaltatore nel ciclo produttivo del committente;
- c) l'identità dell'attività svolta dal personale dell'appaltatore rispetto a quella svolta dai dipendenti del committente;
- d) la proprietà in capo al committente delle attrezzature necessarie per l'espletamento delle attività;
- e) l'organizzazione da parte del committente dell'attività dei dipendenti dell'appaltatore".

"Si tratta - sottolinea il Consiglio di Stato - di indici ricorrenti anche nella fattispecie qui all'esame e complessivamente attestanti il carattere fittizio dell'appalto".

Infatti, per il Consiglio di Stato "appare chiaro che le prestazioni richieste dalla Asl sono identificate non già in 'servizi', bensì in numero di ore di lavoro annue: per il 'supporto giuridico, amministrativo, tecnico e contabile' la Asl chiede 31.200 ore annue di lavoro; per il 'supporto e gestione dei servizi centrali, distrettuali e ospedalieri' la Asl chiede 22.568 ore annue di lavoro; per l'attività di 'archiviazione, data entry e front office' la Asl

21/3/2018

Consiglio di Stato: stop agli appalti a ditte o cooperative per il personale della Sanità

chiede 62.566 ore annue di lavoro; per il supporto alla liquidazione e gestione ordini, consegne e pagamenti la Asl chiede 18.928 ore annue; per la segreteria alle Direzioni aziendali, ospedaliere e Distrettuali la Asl chiede 36.296 ore annue di lavoro”.

“Questo primo dato – commenta la sentenza - dimostra che l'Azienda mira sostanzialmente a integrare il proprio personale interno, dimostratosi insufficiente, con altro personale esterno, in modo da garantire il regolare svolgimento delle proprie attività d'ufficio”.

E il Consiglio di Stato non ha dubbi: “Un simile scenario sfugge alla logica tipica dell'appalto di servizi - ove l'appaltante affida all'appaltatore lo svolgimento di prestazioni connesse a un preciso risultato, finalizzate alla realizzazione di un *opus* dotato di consistenza autonoma - e manifesta affinità, piuttosto, con lo schema tipico della 'somministrazione di lavoro' a tempo determinato, che si caratterizza per la ricerca di lavoratori da utilizzare per i generici scopi del committente, in chiave d'integrazione del personale già presente in organico”.

“Dunque – tira le somme la sentenza - risulta sufficientemente chiaro che l'appaltatore non svolge alcun servizio ‘diverso’ da una mera attività di ausilio collaborativo al personale dipendente della Asl”.

Secondo i giudici ricorre la causa “tipica” della somministrazione di lavoro, il cui fine tipico è proprio l’“integrazione” del personale nell’organigramma del committente e “dunque, la carenza di misure atte a scongiurare l’interferenza e la commistione tra i lavoratori, unitamente all’assenza di linee di cesura in grado di differenziare autonome fasi di produzione, forniscono ulteriore conferma della natura fittizia dell’appalto”.

Il Consiglio di Stato prosegue nella sentenza a individuare le anomalie dell'appalto e sottolinea che questo “anche se trsguardato sotto il profilo della sussistenza di una effettiva e sostanziale organizzazione dei mezzi” in realtà “presenta vistose contiguità con la fattispecie della somministrazione di personale, se solo si considera che:

- gli orari di lavoro non vengono definiti autonomamente dall’aggiudicatario, ma sono da esso programmati sulla base delle specifiche esigenze della Asl, che si riserva la possibilità di richiedere prestazioni lavorative anche in giornate festive;
- quanto alle sostituzioni del personale, si prevede che la Asl possa richiedere la sostituzione del singolo lavoratore assente e che soluzioni alternative per fronteggiare le assenze debbano essere concordate con la Asl;
- non vi è traccia di una qualche attività di organizzazione di mezzi e di attrezzature destinate alla esecuzione del servizio, dovendo l’aggiudicatario limitarsi a “fornire” lavoratori”.

La sentenza prosegue con la disamina delle irregolarità contenute nell'appalto rispetto a una reale somministrazione lavoro e, conclude, “per tutto quanto esposto, la disamina in concreto dei contenuti del contratto smentisce la qualificazione giuridica a esso assegnata dalla Asl e conduce a ravvisarvi una somministrazione di lavoro”.

“Così riconfigurata, la gara si appalesa illegittima sia nella parte in cui non omette di richiamare, quali requisiti di partecipazione, il possesso dell’autorizzazione ministeriale e la conseguente iscrizione all’Albo, tutte norme di garanzia applicabili esclusivamente alla “somministrazione di lavoro” e non invece ai contratti d’appalto di servizi ...; sia nella parte in cui prevede requisiti di ammissione inerenti lo svolgimento di servizi analoghi a quelli oggetto di gara, essendo questi propri delle imprese che svolgono appalti di servizi ma non anche delle agenzie di lavoro che, come la società appellante, operino esclusivamente nel campo della somministrazione di personale”.

Quindi il Consiglio di Stato giudica l'appello contro l'appalto fondato “e determina, in riforma della sentenza impugnata, l'accoglimento del ricorso di primo grado e il conseguente annullamento degli atti con esso gravati”.

Sulla sentenza è intervenuto il sindacato Usb, commentando il “notevole aggravio di costi per il servizio pubblico, con il conseguente peggioramento della qualità del servizio e delle condizioni di lavoro e il contestuale esplodere della corruzione per le aggiudicazioni” legate alla fittizia somministrazione lavoro.

E fa un calcolo per spiegare le accuse: fatto cento il costo di un'ora di lavoro, l'appalto per somministrazione costa 105, viceversa nell'appalto per beni e servizi – l'oggetto reale dell'appalto - la stessa ora costa 125.

21/3/2018

Consiglio di Stato: stop agli appalti a ditte o cooperative per il personale della Sanità

Secondo l'Usb una sola cooperativa ha presso il Policlinico Umberto I circa 600 infermieri in appalto. Ogni ora lavorata di questi infermieri costa alla Regione circa 26 euro, ma al lavoratore ne arrivano circa 10 lordi.

21/3/2018

Aspiranti Direttori generali di Asl e ospedali. Aggiornato l'elenco nazionale degli idonei

quotidiano**sanità**.it

Martedì 20 MARZO 2018

Aspiranti Direttori generali di Asl e ospedali. Aggiornato l'elenco nazionale degli idonei

Con determina del 16 marzo 2018 è stata disposta la pubblicazione dell'Elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di Direttore generale delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale aggiornato, a seguito delle istanze e delle comunicazioni pervenute. Ciascun candidato, potrà verificare gli esiti della propria valutazione sulla piattaforma informatica www.alboidonei.sanita.it. [L'ELENCO AGGIORNATO](#)

Lo scorso 14 marzo 2018 la Commissione, nominata con decreto del Ministro della salute del 16 novembre 2016, per la valutazione dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, ha proceduto all'aggiornamento dell'elenco dei candidati risultati idonei, a seguito delle istanze e delle comunicazioni pervenute.

Con determina del 16 marzo 2018 è stata disposta la pubblicazione dell'Elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di Direttore generale delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale aggiornato. Ciascun candidato, potrà verificare gli esiti della propria valutazione accedendo alla piattaforma informatica www.alboidonei.sanita.it utilizzando le credenziali di accesso alla piattaforma già rilasciate per la compilazione della domanda.

Eventuali ulteriori richieste di accesso agli atti della procedura potranno essere proposte con le modalità indicate alla pagina sull'Accesso agli atti indirizzando la domanda alla Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale - Ufficio 3 - dgrups@postacert.sanita.it

Non solo chemio contro i tumori, ora si punta sull'immunoterapia

In alcuni centri di eccellenza in Campania si sperimenta un'arma in più contro il cancro, grazie allo sviluppo di nuovi farmaci

CESARE GRIDELLI

La battaglia epocale contro i tumori ha un'arma in più. Anche grazie ai centri di eccellenza, qui in Campania, in cui abbiamo sperimentato l'immunoterapia. E dalla sperimentazione siamo passati alla pratica clinica, con risultati sorprendenti. È una rivoluzione. Così oltre alla chemioterapia abbiamo a disposizione, oggi, altri trattamenti innovativi: la terapia con farmaci a bersaglio molecolare, possibile solo però in circa il 20-25 per cento dei tumori caratterizzati da una alterazione genetica che diventa il bersaglio dei

farmaci, e, appunto, l'immunoterapia. L'immunoterapia, potenzialmente utilizzabile in quasi tutti i pazienti, è un trattamento che cerca di favorire la risposta del nostro sistema immunitario per combattere il cancro. In realtà il sistema immunitario è di per sé una sentinella a guardia del nostro organismo. La teoria della sorveglianza immunitaria si basa proprio sul concetto che in ogni individuo, più volte nel corso della vita, si hanno alterazioni del Dna che inducono la trasformazione di alcune cellule sane in cellule tumorali. E nelle fasi iniziali che il nostro sistema immunitario interviene in vari modi, ma prevalentemente con una serie di cellule killer, i linfociti T, che riconoscono le cellule tumorali come estranee e le distruggono. Lo sviluppo di un tumore invece si de-

termina proprio quando questa sorveglianza viene a mancare o è insufficiente a fermare il processo di proliferazione delle cellule cancerose. Da sempre si è pensato alla immunoterapia come trattamento dei tumori, ma purtroppo in passato tutti i tentativi sono falliti. Sono stati utilizzati prevalentemente i vaccini, iniettando sostanze (antigeni) simili o uguali a parti di cellule tumorali, cercando così di innescare e di potenziare la risposta immunitaria dell'organismo. Purtroppo tutti questi studi precedenti sono falliti e non si riusciva a capirne il motivo. Recenti scoperte hanno spiegato i fallimenti e hanno aperto allo sviluppo di nuovi farmaci. Oggi questi farmaci, superata la fase di sperimentazione clinica, sono entrati nella pratica clinica in diversi tipi di cancro con risultati sorprendenti. Ad esempio nel melanoma metastatico da una sopravvivenza di pochi mesi con la chemioterapia siamo passati a circa il 30 per cento di pazienti vivi a 10 anni (da considerare potenzialmente guariti). Anche nei tumori del polmone pazienti con aspettativa di vita di pochi mesi risultano sopravviventi a 5 anni nel 15-20 per cento dei casi. La ricerca clinica continua e l'utilizzo di questi farmaci si sta estendendo in altre tipologie di tumore (linfoma di Hodgkin, carcinoma renale, carcinoma della vescica etc.). E andiamo avanti studiando combinazioni tra questi farmaci e i vaccini.

Ma, nonostante tutti gli sforzi, purtroppo di cancro si soffre e si muore ancora troppo. Oltre a migliorare le armi terapeutiche, si deve investire soprattutto in prevenzione. Vanno intensificati gli sforzi per ridurre i fattori di rischio (fumo, alimentazione scorretta, inquinamento ambientale) e vanno potenziati i programmi di screening (diagnosi precoce). In particolare al Sud, rispetto al resto del Paese, vi è non una maggiore incidenza di tumori (che è invece inferiore) ma una maggiore mortalità. Questo avviene soprattutto per la scarsa aderenza della popolazione ai programmi di screening, che comporta una diagnosi tardiva. Investire in prevenzione ridurrebbe la mortalità e porterebbe una riduzione dei costi che, visto il prezzo dei nuovi farmaci, sono difficilmente sostenibili da parte del sistema sanitario.

L'Autore è direttore di Oncologia medica nell'Azienda ospedaliera "Moscati" di Avellino

Questa rubrica sulla ricerca in Campania è curata da Alessandro Fioretti, Giuseppe Longo, Guido Trombetti e Giuseppe Zollo

— COSÌ A LONDRA È STATA CURATA LA DEGENERAZIONE MACULARE

Le staminali ridanno la vista a due pazienti

LONDRA. Cellule staminali ridanno la vista a due pazienti affetti da degenerazione maculare senile, la più comune forma di cecità, dovuta all'età che avanza. Ad applicare la nuova tecnica i medici del Moorfields Eye Hospital di Londra: si tratta di cellule staminali ottenute da embrioni umani che sono state fatte crescere su un tessuto poi inserito nel retro dell'occhio. La macula - organo che viene danneggiato con l'avanzare degli anni - è formata da coni e bastoncelli che percepiscono la luce, e dietro questi da uno strato di cellule chiamato epitelio pigmentato retinico. Quando questo strato di supporto si indebolisce, causa degenerazione maculare e cecità. I medici britannici hanno dunque escogitato un modo per costruire un nuovo epitelio pigmentato della retina, impiantandolo chirurgicamente nell'occhio di un uomo di 86 anni e di una donna di 60.

21/3/2018

Rapporto Oasi Cergas-Bocconi/ Infermieri, rafforzamento e diversificazione dei percorsi di carriera | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

20 mar
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | e

LAVORO E PROFESSIONE

Rapporto Oasi Cergas-Bocconi/ Infermieri, rafforzamento e diversificazione dei percorsi di carriera

di Mario Del Vecchio, Roberta Montanelli, Elisabetta Trinchero (Cergas Bocconi)

La professione infermieristica ha vissuto stagioni di profonda evoluzione che ne hanno aumentato l'autonomia, accrescendone la responsabilità sia sugli atti sanitari che sulla dimensione organizzativa. Percorsi formativi sempre più articolati e importanti trasformazioni in atto nel Ssn, come l'emergere di nuove modalità di erogazione dei servizi (ospedali per intensità di cura, gestione per processi assistenziali, integrazione ospedale e territorio e forme di presa in carico delle cronicità), hanno aperto nuove opportunità di riconoscimento di ruolo nelle aziende sanitarie sia pubbliche che private. A livello nazionale si sta, dunque, consolidando una tendenza alla valorizzazione della professione infermieristica simile a quella presente in altri paesi europei. Rimane comunque una distanza significativa in termini di skill-mix, come dimostra (cfr. Figura 1) la posizione dell'Italia nel rapporto tra numero di infermieri e di medici operanti nel sistema (circa 1,5 infermieri per medico contro una media Oecd pari a 2,8).

Nel 2017 sono stati raccolti i dati sullo sviluppo professionale in Italia di circa 91.000 infermieri, su una popolazione infermieristica impiegata nel



21/3/2018

Rapporto Oasi Cergas-Bocconi/ Infermieri, rafforzamento e diversificazione dei percorsi di carriera | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

settore pubblico di quasi 260.000 infermieri (ministero della Salute, 2017), e di circa 6.700 infermieri su un totale di circa 45.000 impiegati nel settore privato accreditato (ministero della Salute, 2013). L'analisi ha permesso di dare una dimensione quantitativa ai diversi sentieri di sviluppo possibili di tipo organizzativo gestionale mono-professionale (cosiddetto innalzamento), di tipo specialistico professionale (cosiddetta specializzazione) e di tipo organizzativo gestionale per il governo di funzioni a valenza aziendale contendibili con altre professioni (cosiddetto allargamento).

La percentuale di aziende sanitarie analizzate che ricorre al riconoscimento dei ruoli gestionali per la professione infermieristica è del 93% per quanto riguarda i ruoli di coordinamento e dell'85% per quanto riguarda i ruoli dirigenziali, senza differenze significative tra il settore pubblico e il settore privato accreditato. Quasi il 6% degli infermieri del campione ha un ruolo gestionale, con una predominanza del ruolo di coordinamento, che riguarda il 4% circa della popolazione infermieristica analizzata. Equiparando tale dato a quello dei quadri nelle aziende di produzione non sanitarie va riconosciuto che si tratta di un risultato molto positivo essendo la percentuale nazionale dei quadri circa il 2,5% del totale degli addetti (Istat 2015).

Il numero di infermieri con ruoli dirigenziali per azienda sembra non essere legato alla collocazione geografica, né alla natura istituzionale, bensì alla dimensione dell'azienda. Troviamo mediamente un dirigente nelle aziende con meno di 500 infermieri, due dirigenti nelle aziende che hanno un numero di infermieri compreso tra 500 e 2000, mentre oltre i 2000 infermieri troviamo oltre quattro infermieri dirigenti con ruoli gestionali. Nel 71% delle aziende sanitarie pubbliche del campione al dirigente infermiere è stato conferito un incarico di direttore di struttura, che corrisponde a circa un infermiere dirigente su due (pari allo 0,08% dell'intera popolazione infermieristica del campione delle aziende pubbliche). Nel 90% delle aziende sanitarie pubbliche del campione ad infermieri, infermieri coordinatori ed infermieri dirigenti è stato attribuito un incarico di posizione organizzativa come forma di riconoscimento di un ruolo gestionale. La posizione organizzativa, che riguarda 1,14% degli infermieri e ha un costo medio di 5.700 euro, non sembra essere diffusamente utilizzata come istituto per riconoscere ruoli gestionali intermedi diversi dal coordinamento.

Per quanto attiene all'approfondimento specialistico, il privato accreditato sembra utilizzare la valorizzazione della specializzazione con maggior intensità rispetto al pubblico: tutte le aziende private del campione riconoscono forme di specializzazione (contro l'85% delle aziende pubbliche) e quasi il 5% degli infermieri impiegati riceve forme di valorizzazione (contro il 2% degli infermieri del pubblico). La

21/3/2018

Rapporto Oasi Cergas-Bocconi/ Infermieri, rafforzamento e diversificazione dei percorsi di carriera | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

diversificazione del percorso di carriera degli infermieri nel privato accreditato sembra passare per la specializzazione: in esso infatti la percentuale di infermieri che hanno incarichi professionali è pari circa a quella degli infermieri ha cui è stato riconosciuto il più tradizione dei ruoli gestionali, il coordinamento.

Il settore privato accreditato concentra l'investimento nell'area critica e chirurgica, prediligendo la valorizzazione di ruoli quali l'infermiere di anestesia, che rappresenta quasi l'80% dei ruoli specialistici (cfr. Figura 2 e 3). Residuali - rappresentano complessivamente il 4% dell'intero campione - ma degni di nota, sono ruoli quali infermiere case manager della breast unit, infermiere esperto nella donazione di organi e tessuti, infermiere di famiglia, infermiere di nutrizione artificiale, infermiere esperto di tecniche di ecocardiografia, infermiere esperto di terapie olistiche, infermiere esperto di ventilazione assistita. Per quanto riguarda la distribuzione delle forme di valorizzazione delle opportunità di approfondimento specialistico, il privato accreditato utilizza principalmente l'incarico professionale (96%) e solo residualmente la progressione verticale e orizzontale (4%).

Il pubblico utilizza principalmente il coordinamento (43%), seguito dall'incarico professionale (31%) e dalla posizione organizzativa (21%). La progressione (verticale) è utilizzata nel 5% dei casi e la dirigenza nell'1% dei casi. Nel 62% dei casi per la valorizzazione della professionalità sono utilizzati i medesimi istituti previsti per i ruoli gestionali, introducendo elementi confusivi nel percorso di carriera sul fronte professionale. Per quanto attiene all'allargamento delle opzioni di sviluppo di carriera, il 57% delle aziende del campione ha selezionato infermieri in aree di responsabilità organizzativo gestionale contendibili con altre professioni. Sono ruoli che riguardano lo 0,63% degli infermieri che lavorano nelle aziende private accreditate e lo 0,29% degli infermieri che lavorano nelle aziende pubbliche. Il ruolo contendibile principalmente assunto dagli infermieri nel settore privato è la responsabilità sulle attività formative aziendali, con un peso relativo del 50% del totale delle opportunità, seguito dalla responsabilità sulle aree della gestione della qualità e del rischio clinico. Tali aree mostrano valori importanti anche nelle aziende pubbliche, dove è presente una gamma più ampia di opzioni di ruolo. Interessanti appaiono i dati sulla presenza di infermieri con incarichi gestionali nelle aree del bed management, dell'operation management e della conduzione di team multi-professionali a dimostrazione dell'emergere di questi nuovi ruoli come opportunità di sviluppo di carriera per la professione infermieristica. Da rilevare è anche la presenza nel pubblico di incarichi di direzione di unità operative specifiche come i consultori, oltre alla direzione distrettuale e alla direzione sociosanitaria.

Il tema critico che affiora con sempre maggiore evidenza è che la

legittimazione gestionale, rispecchia sempre meno i contenuti qualificanti e gli sviluppi specifici della professione e corre il rischio di distogliere l'attenzione dalle basi fondamentali di ogni legittimazione professionale: il sapere e la sua applicazione. L'innalzamento e l'allargamento riflettono una concezione più gestionale-manageriale che tecnico-professionale, e la specializzazione appare come una eccezione confinata su aree ristrette, piuttosto che una opportunità comunemente offerta alla generalità degli infermieri. Si auspica che nel prossimo futuro una indubitabile maturazione dei contenuti professionali trovi condizioni organizzative molto diverse dal passato per poter dispiegare pienamente le proprie potenzialità, a vantaggio non solo della professione, ma soprattutto del sistema sanitario nel suo insieme.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le nanoparticelle invisibili puliscono l'aria e ci curano

VALENTINA ARCOVIO

«C'è tanto spazio laggiù in fondo». Era il 1959, quando il fisico Richard Phillips Feynman in un famoso discorso «battezzò» quelle che oggi chiamiamo nanotecnologie. La sua visionaria idea di manipolare la materia su scala atomica ha dato inizio a una rivoluzione che ha cambiato per sempre il modo di vedere il mondo. «Oggi sappiamo che c'è qualcosa di speciale e di unico quando le dimensioni degli oggetti diventano molto piccole», conferma Lucia Curri, primo ricercatore all'Istituto per i processi chimico-fisici del Cnr che sul tema ha tenuto una conferenza pubblica per la serie «Virtual Immersions in Science», organizzata dalla Scuola Normale Superiore di Pisa.

«Siamo portati a credere che i nanomateriali rappresentino una scoperta moderna, ma sono una storia antichissima - spiega Curri -. Gli uomini hanno iniziato a utilizzare i nanomateriali molto prima di quanto crediamo. Solo che non ne erano consapevoli». Gli esempi sono numerosi. «Pensiamo alla famosa "coppa di Licurgo" che cambia aspetto a seconda dell'illuminazione grazie alla struttura del materiale, contenente nanoparticelle di oro ed argento, con cui è stata realizzata. Oppure ai pigmenti usati dai Maya che erano riusciti a ottenere colori persistenti, inserendo nella struttura di un minerale incolore molecole di colorante organico».

È la consapevolezza delle straordinarie proprietà dei nanomateriali, quindi, ad essere arrivata molto più tardi. «Solo negli ultimi decenni abbiamo capito che, quando i materiali sono piccoli, dell'ordine dei nanometri, appunto, per modificarne le proprietà è sufficiente cambiare le dimensioni, anziché la composizione», dice Curri. Un concetto che ha portato a

studiare con attenzione crescente i nanomateriali nei laboratori, sia accademici sia industriali. Le applicazioni sono numerosissime e riguardano campi tecnologici diversissimi.

A cominciare dall'energia: grazie alle nanotecnologie si possono costruire sistemi fotovoltaici sempre più efficaci o batterie ad alte prestazioni. «Un esempio sono le celle solari di terza generazione, in grado di catturare la luce solare con meccanismi analoghi a quelli utilizzati dalla natura nelle piante e convertirla in energia elettrica», racconta Curri. Anche nella protezione dell'ambiente i nanomateriali hanno un potenziale straordinario. «Possono bonificare l'acqua e l'aria da inquinanti organici e inorganici, ma anche disinfettare le superfici dai batteri». Da questo punto di vista c'è un fiorire di attività di ricerca. «Sono già presenti sul mercato materiali autopulenti, ma anche nanomateriali, a base di ossido di titanio, che opportunamente illuminati degradano gli inquinanti e tengono pulite le superfici». Oggi la ricerca sta lavorando molto perché i nanomateriali, talvolta controversi per i possibili rischi per la salute e l'ambiente, si possano utilizzare in modo sicuro.

Le nanotecnologie, infatti, hanno anche importanti utilizzi a vantaggio della salute. «Si stanno sviluppando biochip, biomarcatori e sistemi di rilascio dei farmaci utili per il trattamento e la diagnosi di molte malattie». I nanomateriali, in particolare, possono essere utilizzati contro i tumori. «Nanoparticelle di oro indirizzate verso le cellule tumorali, sottoposte ad illuminazione, sono in grado di riscaldare le cellule malate fino a provocarne la morte - dice Curri -. Oppure nanoparticelle di ossido di ferro si applicano in campo diagnostico: generano immagini per la risonanza magnetica».

© RICERCA DI VALENTINA ARCOVIO