



Rassegna Stampa 29 marzo 2023

A cura della dott.ssa Maria Grazia Elfio
Ufficio Stampa e Comunicazione
ufficiostampa@villasofia.it

Dal governo ok al nuovo Codice, che sarà auto-esecutivo. Liberalizzato il subappalto

Riforma appalti a scaglioni

Si parte il primo luglio, dal 2024 per la digitalizzazione

DI ANDREA MASCOLINI

Al via il nuovo codice appalti, ma ad efficacia differita: primo luglio, tranne che per le norme sulla digitalizzazione che, presupponendo la messa a regime piattaforme interoperabili articolate e complesse, entreranno in vigore ad inizio 2024; il codice sarà auto-esecutivo (negli allegati sono recepiti regolamenti e linee guida Anac oggi vigenti) e non avrà bisogno di un regolamento attuativo; largo spazio al principio di autorganizzazione delle pubbliche amministrazioni e al principio di risultato; più discrezionalità amministrativa e meno regole; forte spinta alla digitalizzazione di tutta la procura e alla sua semplificazione; centrale il ruolo delle piattaforme digitali di e-procurement; recepite e rese ordinarie le norme Pnrr sulle soglie più alte per affidamenti diretti e sulle procedure negoziate fino alle soglie UE; liberalizzato il subappalto e la disciplina dei raggruppamenti. Sono questi soltanto alcuni dei punti del nuovo codice appalti, 228 articoli con 36 allegati, approvato ieri dal Consiglio dei Ministri e che dovrebbe essere pubblicato a breve sulla *Gazzetta Ufficiale* per rispettare la scadenza del primo aprile 2023, trattandosi di una delle riforme previste dal Pnrr. Il codice, predisposto dal Consiglio di Stato nella scorsa estate, in sostanza riordina la materia, adegua alcuni istituti ad indicazioni della Corte Ue, semplifica diversi parti e ingloba regolamenti ministeriali e linee guida Anac (che non potranno più essere emesse, dal momento che l'Autorità viene indirizzata sulla gestione delle banche dati, sul precontenzioso e potrà emettere atti generali, contratti-tipo e bandi-tipo), e punta molto sulla digitalizzazione. Tutto questo viene effettuato in una cornice generale rappresentata dai primi 12 articoli in cui vengono declinati alcuni principi generali fra cui quelli di: risultato, fiducia, accesso al mercato, di buona fede e affidamento, auto-organizzazione amministrativa, conservazione dell'equilibrio contrattuale, tassatività delle cause di esclusione. Per quanto riguarda la digitalizzazione di tutto l'iter, ad esempio, si prevede che la stipula del contratto dovrà avvenire sempre in modalità elettronica, così come le garanzie (cauzioni provvisorie e definitive) dovranno essere native digitali. Di fatto l'intero ciclo di affidamento dei contratti viaggerà su quello che è stato definito ecosiste-

ma nazionale di approvvigionamento digitale (e-procurement), costituito dalle piattaforme e dai servizi digitali infrastrutturali abilitanti la gestione del ciclo di vita dei contratti pubblici. Le piattaforme e i servizi digitali serviranno a gestire tutta la procedura dalla redazione o l'acquisizione degli atti in formato nativo digitale fino al controllo tecnico, contabile e amministrativo dei contratti anche in fase di esecuzione.

Un ruolo fondamentale l'avrà l'Anac nella gestione della Banca dati nazionale dei contratti pubblici, interoperabile con le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate dalle stazioni appaltanti e con il portale dei soggetti aggregatori. Sempre presso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici opererà il fascicolo virtuale dell'operatore economico che consentirà la verifica dell'assenza delle cause di esclusione e dei requisiti. Di fatto sostituirà l'Avcpass. L'Anac definirà le regole per l'inserimento delle informazioni e curerà sia la "piattaforma unica della trasparenza" dove saranno riportati i dati di tutti i contratti sia l'"anagrafe degli operatori economici" che censirà tutte i soggetti coinvolti nell'iter di affidamento.

Largo spazio alla digitalizzazione anche della fase di progettazione: dal 1.1.2025 andranno predisposti in BIM i progetti sopra un milione di euro. I livelli di progettazione passano da tre a due (progetto di fattibilità tecnico-economica e progetto esecutivo) e sono state inserite nell'allegato I.13 le modalità di stima dei relativi compensi, distribuendo le aliquote attuali su tre livelli nei due nuovi, in attesa del nuovo decreto del Mi-

I punti chiave del nuovo Codice

- Entrata in vigore (formale) del codice: 1.4.2023
- Piena efficacia delle disposizioni: 1.7.2023; le nuove regole si applicheranno alle procedure affidate dopo questa data; le gare in corso continueranno ad essere gestite con il decreto 50/2016 (comunque abrogato dal nuovo codice)
- Entreranno in vigore il 1.1.2024 le norme sulla digitalizzazione, sulle verifiche dei requisiti tramite fascicolo virtuale degli operatori economici (FVOE) e sulle garanzie "native digitali"
- Il codice è auto-esecutivo: ingloba negli allegati tutti i regolamenti vigenti e le linee guida Anac; non c'è bisogno di un regolamento del codice perché norme primarie e di dettaglio sono state tutte "legificate" attraverso l'inserimento negli allegati
- Digitalizzazione della progettazione (BIM): dal 1.1.2025 oltre un milione di euro di lavori
- I livelli progettuali passano da tre a due: progetto di fattibilità tecnico-economica e progetto esecutivo
- Liberalizzato l'appalto integrato (progettazione esecutiva e costruzione), ad esclusione delle manutenzioni ordinarie
- Rimodulati in via transitoria i compensi del dm parametri sui due nuovi livelli, con un 10% in più se si progetta in BIM
- Affidamento diretto, con rotazione degli incarichi (tranne casi motivati), fino a 150.000 euro per lavori (per servizi tecnici e forniture 140.000); deroga al principio di rotazione sotto i 5.000 euro
- Procedura negoziata senza bando (con applicazione OEPV e non prezzo più basso): per lavori da 150.000 euro a 1 mln (5 invitati); da 1 mln a 5,3 mln (10 invitati); da 140.000 a 215.000 per servizi e forniture (5 invitati)
- Oltre soglia europea: tutte le procedure, aperta, ristretta, negoziata con bando, dialogo competitivo
- Esclusione dagli appalti da 1 a 12 mesi se non risulta confermato il possesso dei requisiti dichiarati
- Subappalto liberalizzato (ad eccezione delle lavorazioni prevalenti o delle prestazioni principali); non è subappalto l'affidamento di attività secondarie, accessorie o sussidiarie a lavoratori autonomi
- Raggruppamenti temporanei: scompare la distinzione fra Ati verticale e orizzontale
- Revisione prezzi per aumenti oltre il 5%, ma per l'80% dell'aumento rilevato per l'attività prevalente dell'appalto
- Rating di impresa reintrodotta (servirà un regolamento Anac)
- Prevista l'esclusione per le imprese che non producono il rapporto sulla parità di genere

nistero della giustizia che sostituirà integralmente l'allegato I.13; previsto anche un incremento del 10% per i progetti da predisporre secondo modellazione elettronica.

Molto snelliti gli affidamenti sotto soglia dove si procede in larga misura con affidamenti diretti al prezzo più basso (fino a 140.000 di servizi e forniture e 150.000 di lavori). La suddivisione in lotti dell'appalto deve tenere conto dei principi europei sulla promozione di condizioni di concorrenza paritarie per le picco-

le e medie imprese. Requisiti di fatturato sul triennio (fino al doppio del valore dell'appalto) e servizi analoghi dell'ultimo triennio, in attesa dell'attuazione di un sistema di qualificazione SOA per servizi e forniture. Reintrodotta il rating di impresa, gestito dall'Anac. Revisione prezzi per aumenti oltre il 5% ma limitato all'80% dell'attività prevalente dell'appalto. Largamente liberalizzato il subappalto; è vietata l'integrale esecuzione da parte di terzi e le attività prevalenti; ammes-

so il subappalto a soggetti qualificati per svolgere le prestazioni, indicati in sede di offerta e senza causa di esclusione a proprio carico. Nell'aggiudicazione dei contratti è stato inserito un tetto del 30% per il punteggio economico nei contratti ad alta intensità di manodopera; negli altri si regolerà la stazione appaltante.

IO ONLINE Il testo del decreto su www.italiaoggi.it/documenti-italiaoggi

BREVI

L'Ufficio Europeo dei brevetti (EPO) ha pubblicato ieri il suo barometro annuale riguardo l'innovazione, il Patent Index 2022. Le domande di brevetto rimangono alte nonostante una lieve flessione. L'Italia si conferma all'11° posto nella classifica dei primi 50 paesi per domande di brevetto. Handling e trasporti sono i due settori tecnologici italiani più brevettati in Europa. La Lombardia è ancora la prima regione italiana per numero di brevetti, l'Umbria quella a crescita più elevata mentre sono 8 le regioni italiane nel gruppo delle prime 100 più innovative in Europa e Coesia, Pirelli e Chiesi Farmaceutici sono le aziende italiane che hanno presentato più domande di brevetti all'EPO nel 2022.

"Sul Superbonus e la cessione del credito nell'area del cratere del Sisma 2016 esprimo sincera soddisfazione: l'impegno preso è stato mantenuto". Lo

dichiara Guido Castelli, Commissario Straordinario per la Rigenerazione e Ricostruzione Sisma 2016. "L'emendamento che garantisce fino al 2025 la cessione nel credito e lo sconto in fattura per gli interventi di ricostruzione che hanno usufruito del 110% per le lavorazioni non coperte da contributo sisma, è stato approvato dalla Commissione Finanze della Camera. Fin dal primo giorno avevo dato la massima attenzione al tema, affinché conseguissimo un risultato fondamentale per la ricostruzione del Centro Italia".

Nonostante sia il settore che ha trainato la ripresa post pandemica, il comparto delle costruzioni vive da alcuni mesi una fase molto complessa. Per gli imprenditori, secondo uno studio di Argenta SOA, è prioritario intervenire in materia fiscale per ripristinare il meccanismo di cessione del credito per le ristruttura-

zioni e rimodulare le detrazioni fiscali per un periodo di almeno 10 anni, mantenendo però quanto già previsto per il 2023. "E' a rischio un'intera filiera produttiva, come sottolineato anche da Ance, Confindustria e dalle principali associazioni di categoria", si legge in una nota.

Nell'ultima assemblea, presieduta dal presidente Tiziano Treu, alla presenza del Segretario Generale, Francesco Tufarelli, il Cnel ha approvato un disegno di legge sull'oblio oncologico finalizzato a rimuovere gli ostacoli che limitano la libertà e l'uguaglianza delle persone guarite da patologie oncologiche nell'esercizio dei diritti, in attuazione tra gli altri degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione e degli articoli 7, 8, 21, 35 e 38 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

© Riproduzione riservata

Mercoledì 29 MARZO 2023

I Forum di QS. Sanità pubblica addio? Cavalli: “Una Medicina nella quale il medico è diventato un accessorio”

Non sarà anche questo un dato importante da considerare nella attuale crisi della sanità pubblica? Una sanità pubblica governata troppo spesso nell'indifferenza del personale sanitario, quasi che nessuno di noi percepisca il dovere anche morale di opporsi a scelte avvilenti per il cittadino e per gli operatori

Non è facile affrontare il tema proposto da Ivan Cavicchi sulla progressiva decadenza e prevedibile marginalizzazione del SSN e soprattutto è difficile ripensare la sua lunga storia legislativa ed amministrativa in modo non ideologico e soprattutto obiettivo.

Di fatto i risultati della gestione della sanità pubblica sono sotto gli occhi di tutti, ma soprattutto dei cittadini che sono ormai e costretti a ricorrere alla sanità privata, di fatto pagando due volte: la prima con le loro tasse (ammesso che le paghino) la seconda per necessità mediche non rimandabili. Vorrei anche condividere l'idea che se la situazione non è ancora al limite, è solo ed esclusivamente merito degli operatori sanitari, al di là degli interventi di una politica decisamente non all'altezza.

Certamente è importante ripercorrere la storia della legge 833 e delle sue evoluzioni/involuzioni che arrivano alla riforma del 1999 e alla inquietante proposta attuale di ulteriore regionalizzazione oltre che dell'espansione della sanità integrativa. Sembra però anche importante valutare la situazione di quelli che, almeno sulla carta, dovrebbero essere i veri protagonisti di ogni cambiamento in sanità e senza la cui opera ogni riforma/controriforma è destinata a rimanere sulla carta.

Sto parlando degli attori, unici ed insostituibili, dalla sanità ed è per questo che vorrei spostare l'attenzione dalla politica (la cui responsabilità è massima) al personale sanitario, agli attori principali di questa progressiva trasformazione di un servizio pubblico: da struttura sanitaria invidiata da tutto il mondo ad un sistema proiettato verso la catastrofe “Per me la catastrofe in sanità è la morte del diritto alla salute, è la privatizzazione della sanità pubblica, è l'esplosione delle ingiustizie, del cinismo economico, è essere governati da degli imbecilli, è avere una politica sciatta e ignorante”.

Certo, la sanità è diventata tutto questo. Certo, le responsabilità della politica sono innegabili. Certo, la qualità dei “manager” troppo spesso non si discosta da quella del venditore di auto usate. Certo, la deriva economicista è stata pilotata da ragionieri di modesta intelligenza.

Nessuno dice però che anche i medici hanno fatto la loro parte. Il problema principale, a mio parere, è il fatto che noi medici abbiamo assistito al progressivo disfacimento del SSN con indifferenza, senza proferire verbo, senza alcuna visione, senza alcun interesse. Il che ci ha portato a diventare testimoni distaccati di ogni nefandezza, quasi identificandoci nel motto dell'arma dei Carabinieri “usi ad obbedir tacendo”, senza peraltro prestare attenzione alla seconda parte che recita “e tacendo morir”.

Personalmente non ricordo nessuno, medici, sindacati, società scientifiche, ordini professionali in grado di affrontare con lucidità il problema della decadenza del SSN che, seppure sotto gli occhi di tutti, non ha avuto testimoni all'altezza. Certamente non si poteva pretendere che i nostri rappresentanti volassero alto, non si può volare quando mancano le ali, tuttavia non ricordo alcuna analisi di un problema che è andato ingigantendosi, non rammento perplessità e tantomeno consapevolezza per come si è progressivamente ri-definito il ruolo del medico nel corso di questi lunghissimi anni: i vertici delle varie sanità regionali sono riusciti a trasformare la figura del medico in quella del servo muto di manager troppo spesso cialtroni. Colpa dello Stato e delle sue leggi?

Non solo. La colpa è anche nostra, colpa per avere sempre chinato la testa e finto di non vedere il disastro provocato dalle "mode amministrative" che nel corso degli anni ci hanno coinvolto in modelli di produttività industriale, costretti ad adeguare la nostra professione a proposte economiciste prodotte da individui di modesta intelligenza e assai minore cultura, stimolati a far crescere la creatività (sic!) in reparto, esclusi ed isolati ogni volta che tentavamo di proporre soluzioni differenti da quelle imposte dall'alto, sopraffatti da un competitività di altre professioni e con l'unico scopo professionale di riuscire ad entrare nelle grazie del DG di turno.

Se da un lato la necessità (?) di creare rapporti privilegiati con i nominati dalla politica ha premiato il servilismo, dall'altro non dobbiamo dimenticare che quello che pomposamente viene chiamato task shifting (cessione di competenze mediche ad altre professionalità) l'abbiamo prima introdotto e poi coltivato noi medici. Insomma, un medico che cede con indifferenza le proprie competenze ad altre figure professionali, che rifugge dal rapporto con il paziente, che viene selezionato per l'obbedienza, che perde tutta l'autorevolezza che l'ha distinto nel corso dei secoli, che delega ad altri addirittura la raccolta dei dati anamnestici, che crede di volare alto ed invece diventa sempre più marginale, che risultati potrà mai ottenere?

Non siamo riusciti a comprendere che percorrere una strada siffatta avrebbe contribuito ad annullare il nostro peso all'interno dell'organizzazione sanitaria, selezionando comportamenti troppo spesso compiacenti più che la nostra professionalità. In questo contesto molti bravi colleghi hanno scelto di non occuparsi di una politica sanitaria che li ha progressivamente esclusi, dedicandosi esclusivamente alla loro materia professionale e scientifica che, nell'attuale contesto, significa marginalizzare anche la base della nostra professione: il rapporto medico-paziente.

Molti di noi ormai colloquiano con lo schermo di un computer dimenticando l'importanza della relazione con il paziente relegandola a differenti figure professionali (es. comunicazione della diagnosi, anamnesi.....). Ci hanno di fatto isolati ma, quel che è peggio, ci siamo persino isolati da soli.

La prova evidente che questi atteggiamenti non pagano è fornita da altri professionisti che, compatti, riescono addirittura a far passare iniziative di legge basate sul nulla oppure ad indirizzare scelte politiche ed economiche mediante l'impiego disinvolto di numeri che definiscono esclusivamente il rischio relativo, anche questo un insulto all'intelligenza.

Sembra che nessuno si accorga che altri professionisti non-medici riescono a ritagliarsi spazi e considerazione sempre maggiori da parte di una politica incapace, di fatto perseguendo il fine di una sanità sempre meno dipendente dall'apporto dei medici. Di fatto la deriva del servizio sanitario non sembra riguardare alcune professionalità, premiandone invece la compattezza e le (scarse) idee portate avanti con diligente fermezza.

Dall'altra parte invece la voce del medico è di fatto diventata del tutto marginale in ogni discorso che riguarda l'organizzazione di qualsiasi elemento di sanità pubblica e la contraddizione è stridente: senza di noi non si può fare sanità, eppure la sanità si fa senza di noi.

Una Medicina nella quale il medico è diventato un accessorio: non sarà anche questo un dato importante da considerare nella attuale crisi della sanità pubblica? Una sanità pubblica governata troppo spesso nell'indifferenza del personale sanitario, quasi che nessuno di noi percepisca il dovere anche morale di opporsi a scelte avvilenti per il cittadino e per gli operatori.

Ormai è tardi e i medici, quei pochi che parlano, non li ascolta più nessuno. Forse ripensare anche alla nostra professione potrebbe essere un modo per riguadagnare un poco di autorità e di prestigio, quello che ci manca per fare proposte che possano venire prese in considerazione. Certo, la politica ha le sue colpe. Però anche i medici ed i loro rappresentanti qualcosa avrebbero potuto fare per opporvisi.

Pietro Cavalli
Medico

[Leggi gli altri interventi al Forum: Cavicchi, L.Fassari, Palumbo, Turi, Quartini, Pizza, Morsiani, Trimarchi, Garattini e Nobili, Anelli, Giustini.](#)

Mercoledì 29 MARZO 2023

Covid. Come procedere con le vaccinazioni. Le indicazioni Oms: "Nuovo richiamo entro 6-12 mesi da ultima dose per le persone a rischio"

Nuove indicazioni dal gruppo di esperti Oms per le vaccinazioni che ha suddiviso la popolazione in tre gruppi: alto, medio e basso rischio. Il gruppo ad alta priorità comprende anziani; giovani adulti con comorbidità significative; persone con condizioni di immunocompromissione; donne incinte e operatori sanitari in prima linea. Per tutti gli altri la decisione di un nuovo booster va valutata in base all'epidemiologia dei singoli Paesi. [IL DOCUMENTO](#).

Dal 20 al 23 marzo, si è riunito il gruppo consultivo strategico di esperti sull'immunizzazione dell'OMS (SAGE) che ha rivisto la road map per le vaccinazioni Covid.

Confermata la priorità di proteggere le popolazioni a maggior rischio di morte e malattie gravi dall'infezione da SARS-CoV-2 e quella di mantenere alta la guardia con misure idonee a garantire la tenuta dei sistemi sanitari.

Gli esperti dell'Oms hanno valutato nuovamente il rapporto costo-efficacia della vaccinazione COVID-19 per le persone a basso rischio, vale a dire bambini e adolescenti sani, rispetto ad altri interventi sanitari e formulato una serie di raccomandazioni su dosi di richiamo aggiuntive e tempistica dei richiami.

"Abbiamo riflettuto soprattutto sul fatto che gran parte della popolazione è vaccinata o precedentemente infettata da COVID-19, o entrambe le cose, ma questo non toglie che resti importante vaccinare con booster aggiuntivi coloro che sono ancora a rischio di malattia grave, per lo più adulti più anziani e quelli con patologie preesistenti", ha detto il presidente di SAGE, la dott.ssa **Hanna Nohynek**.

"I paesi – ha aggiunto – dovrebbero poi considerare il loro contesto specifico per decidere se continuare a vaccinare i gruppi a basso rischio, come bambini e adolescenti sani, senza che ciò comprometta le vaccinazioni di routine che sono cruciali per la salute e il benessere di questa fascia di età".

La road map Oms delinea tre gruppi di utilizzo prioritario per la vaccinazione COVID-19: alto, medio e basso. Questi gruppi prioritari si basano principalmente sul rischio di malattia grave e morte e considerano le prestazioni del vaccino, l'efficacia in termini di costi, i fattori programmatici e l'accettazione da parte della comunità. Per questi gruppi gli esperti hanno suggerito un approccio differenziato per la fornitura della serie primaria e le dosi di richiamo.

Il gruppo ad alta priorità comprende gli anziani; giovani adulti con comorbidità significative (es. diabete e malattie cardiache); persone con condizioni di immunocompromissione (ad es. persone che vivono con l'HIV e trapiantati), compresi i bambini di età pari o superiore a 6 mesi; le persone incinte e gli operatori sanitari in prima linea.

Per il gruppo ad alta priorità, SAGE raccomanda un ulteriore richiamo dopo 6 o 12 mesi dall'ultima dose, con il lasso di tempo che dipende da fattori come l'età e le condizioni di immunocompromissione.

Tutte le raccomandazioni sui vaccini COVID-19 sono comunque limitate nel tempo e si applicano solo all'attuale scenario epidemiologico, quindi i richiami, avvertono gli esperti, non dovrebbero essere programmati come un richiamo annuale permanente.

Il gruppo di priorità media comprende invece adulti sani – di solito di età inferiore ai 50-60 anni – senza comorbidità e bambini e adolescenti con comorbidità.

L'Oms raccomanda nuovamente la serie primaria e le prime dosi di richiamo per il gruppo a priorità media. L'Oms sottolinea, che sebbene ulteriori richiami siano sicuri anche per questo gruppo, non sono consigliati considerati i

rendimenti relativamente bassi per la salute pubblica.

Il gruppo a bassa priorità comprende bambini e adolescenti sani di età compresa tra 6 mesi e 17 anni. Le dosi primarie e di richiamo sono sicure ed efficaci nei bambini e negli adolescenti. Tuttavia, considerando il basso carico di malattia, l'Oms esorta i paesi che prendono in considerazione la vaccinazione di questa fascia di età a basare le loro decisioni su fattori contestuali, come il carico di malattia, l'efficacia in termini di costi e altre priorità sanitarie o programmatiche e costi di opportunità.

L'Oms osserva in proposito che l'impatto sulla salute pubblica della vaccinazione di bambini e adolescenti sani è relativamente molto inferiore ai benefici stabiliti dei tradizionali vaccini essenziali per i bambini - come i vaccini coniugati contro il rotavirus, il morbillo e lo pneumococco - o a confronto con l'impatto che hanno invece i vaccini Covid per i gruppi ad alta e media priorità.

Mentre i bambini con condizioni di immunocompromissione e comorbidità affrontano un rischio più elevato di COVID-19 grave, quindi sono inclusi rispettivamente nei gruppi ad alta e media priorità.

Sebbene complessivamente basso, il carico di COVID-19 grave nei bambini di età inferiore a 6 mesi è ancora più elevato rispetto ai bambini di età compresa tra 6 mesi e 5 anni. La vaccinazione delle donne in gravidanza - anche con una dose aggiuntiva se sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultima dose - protegge sia loro che il feto, contribuendo nel contempo a ridurre la probabilità di ricovero dei neonati per COVID-19.

I paesi che hanno già una politica in atto per ulteriori richiami dovrebbero valutare l'evoluzione delle esigenze in base al carico di malattia nazionale, all'efficacia in termini di costi e ai costi di opportunità.

Dal ritardo diagnostico all'odissea della presa in carico: perché l'endometriosi è (ancora) un calvario...

L'associazione pazienti: «Nei LEA solo agli ultimi stadi della malattia. E tocca quasi sempre rivolgersi al privato»

di Chiara Stella Scarano



«Non ti lamentare», «E' tutto normale», «Le donne sono fatte per soffrire». Sono solo alcune delle frasi che troppe donne affette da **endometriosi** si sentono dire nei difficili e lunghi anni (in media 8) che trascorrono tra l'inizio dei sintomi e la diagnosi. Intanto i dolori diventano costanti, invalidanti, e la donna si barcamena tra la pressione sociale che le impone di sopportarli in silenzio, e la ricerca di qualcuno che possa capirla e chiamare per nome quella sofferenza. Perché senza una diagnosi non può esserci cura. Nonostante l'aumentata **consapevolezza** sull'importanza di non sottovalutare la sintomatologia e le conseguenze sulla salute e sulla fertilità della donna con endometriosi, ancora oggi la vita delle pazienti è caratterizzata da una continua **corsa a ostacoli**: contro il pregiudizio, contro la carenza di personale specializzato, contro un sistema di tutele farraginoso e anacronistico. Nella **Giornata Mondiale dell'Endometriosi** che cade il **28 marzo** di ogni anno, ne abbiamo parlato con **Annalisa Frassinetti, presidente di APE (Associazione Progetto Endometriosi)**.

Poca conoscenza della malattia

«Ci vogliono in media **8 anni per arrivare a una diagnosi** di endometriosi – afferma – dopo anni in cui la paziente stessa può tendere a sottovalutare i suoi sintomi. Il ritardo diagnostico è da attribuire ad una **scarsa conoscenza** della patologia, sia da parte dei medici di famiglia sia da parte degli stessi ginecologi. L'endometriosi bisogna conoscerla e riconoscerla, e per farlo è necessario

disporre di **ecografi** di secondo livello. Di conseguenza, l'esigenza più pressante delle pazienti è di avere sul territorio **centri specializzati** in endometriosi, che ad oggi non sono presenti in tutte le regioni, mentre in altre i medici specializzati ci sono ma sono molto pochi».

Dal calvario della diagnosi al calvario della presa in carico

«Trattandosi di una **patologia multiorgano** – spiega ancora Frassinetti – e che investe anche la sfera psicologica delle pazienti, questi centri specializzati devono essere **multidisciplinari** e prevedere la presenza, oltre che del ginecologo, anche di un radiologo qualificato, di un gastroenterologo, di un urologo, di una riabilitatrice del **pavimento pelvico**, di una psicologa. Purtroppo, anche nei centri attivi, è difficile trovare questa compresenza di figure specializzate, con il risultato che la paziente deve rivolgersi a più specialisti che non comunicano tra loro, da cui deriva una **presa in carico frammentaria** e poco efficace. Ed invece – sottolinea – solo se curata adeguatamente la paziente con endometriosi può preservare la propria salute e la propria **fertilità**. Per quanto riguarda l'**aspetto psicologico**, spesso prima della diagnosi si tacciano le pazienti di vittimismo, di scarsa sopportazione del dolore anche quando questo è insostenibile e invalidante, ed in questi casi la figura dello psicoterapeuta che conosce la malattia e può sostenere la donna è essenziale. Ma tocca rivolgersi al **privato**».

La contraddizione dei LEA

«Un altro tasto dolente: l'endometriosi è nei **LEA** – osserva Frassinetti – ma solo per quanto riguarda il terzo e quarto stadio della patologia, con la previsione di una ecografia transvaginale ogni sei mesi, ed il resto delle spese che resta comunque **a carico della paziente**. A questo riguardo ci sono due problemi: il primo è che le **liste d'attesa** sono lunghissime, quindi per le pazienti con esenzione resta difficile usufruire di queste visite gratuite rispettando la scadenza semestrale, col risultato che sempre più spesso bisogna rivolgersi al privato. Il secondo è che per rientrare nell'esenzione bisogna avere una **diagnosi chirurgica**, quindi aver subito un intervento per endometriosi. Tuttavia – aggiunge – l'endometriosi viene trattata prevalentemente con **terapia farmacologica**: l'intervento chirurgico rappresenta l'ultima spiaggia, non è risolutivo, e può essere eseguito solo in caso di grave rischio ad altri organi (insufficienza renale o occlusione intestinale, ad esempio), ma soprattutto deve essere eseguito sempre in **centri specializzati** perché, se mal eseguito, può davvero **rovinare la vita** alla paziente, con ripercussioni ancora più gravi di quelle causate dalla malattia».

Formazione e uguale accesso alle cure

«Qualcosa si muove a livello istituzionale – annuncia Frassinetti – il Ministero della Salute ha incaricato Agenas di portare avanti un importante **progetto formativo per il personale sanitario**. Ma per quanto riguarda le **tutele**, viene tutto demandato alle **Regioni**, molte delle quali però non hanno i fondi necessari allo scopo. Il punto è che la sanità dovrebbe essere unica, un diritto di tutte le donne garantito in egual misura su tutto il **territorio nazionale** – conclude la presidente APE – ma a fronte di alcune regioni virtuose ce ne sono altre in cui la paziente è ancora completamente abbandonata a sé stessa».

Mercoledì 29 MARZO 2023

Ddl sicurezza alimentare. Disposto divieto di produzione e immissione sul mercato di alimenti e mangimi sintetici. Lollobrigida: "Battaglia a difesa della salute dei cittadini"

Viene sancito il divieto di impiegare, nella preparazione di alimenti o bevande, vendere, detenere per vendere, importare, produrre per esportare, somministrare o comunque distribuire per il consumo alimentare, cibi o mangimi costituiti, isolati o prodotti a partire da colture cellulari o di tessuti derivanti da animali vertebrati. In caso di violazione delle norme, sono previste sanzioni amministrative pecuniarie da un minimo di euro 10.000 fino ad un massimo di euro 60.000 ovvero fino al 10% del fatturato totale annuo.

Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste **Francesco Lollobrigida**, ha approvato ieri, con procedura d'urgenza, un disegno di legge che introduce disposizioni in materia di divieto di produzione e di immissione sul mercato di alimenti e mangimi sintetici.

Nel rispetto del principio di precauzione, le norme intendono tutelare la salute umana e il patrimonio agroalimentare attraverso il **divieto di produzione e commercializzazione di alimenti sintetici**. La finalità del provvedimento, spiega in una nota il ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, è quello di "assicurare il massimo livello di tutela della salute dei cittadini e preservare il patrimonio agroalimentare, quale insieme di prodotti di espressione del processo di evoluzione socioeconomica e culturale dell'Italia, di rilevanza strategica sul territorio per l'interesse nazionale".

In mancanza di una specifica normativa europea in materia di alimenti e cibi sintetici, il Governo Meloni ha ritenuto di intervenire precauzionalmente a livello nazionale per tutelare "gli interessi che sono legati alla salute e al patrimonio culturale".

"Guardiamo alla tutela della nostra collettività. Come Governo abbiamo affrontato il tema della qualità che i prodotti da laboratorio non garantiscono. Abbiamo voluto tutelare la nostra cultura e la nostra tradizione, anche enogastronomica. Se si dovesse imporre sui mercati la produzione di cibi sintetici, ci sarebbe maggiore disoccupazione, più rischi per la biodiversità e prodotti che, a nostro avviso, non garantirebbero benessere. Non c'è un atteggiamento persecutorio ma di forte volontà di tutela", così il ministro Francesco Lollobrigida in conferenza stampa a Palazzo Chigi, dopo l'approvazione del provvedimento.

Viene sancito il divieto di impiegare, nella preparazione di alimenti o bevande, vendere, detenere per vendere, importare, produrre per esportare, somministrare o comunque distribuire per il consumo alimentare, cibi o mangimi costituiti, isolati o prodotti a partire da colture cellulari o di tessuti derivanti da animali vertebrati.

In caso di violazione delle norme, sono previste sanzioni amministrative pecuniarie da un minimo di euro 10.000 fino ad un massimo di euro 60.000 ovvero fino al 10 per cento del fatturato totale annuo, con l'indicazione comunque di un tetto massimo, oltre alla confisca del prodotto illecito. Si prevedono ulteriori sanzioni amministrative che intervengono sulla possibilità di svolgere attività di impresa, inibendo l'accesso a contributi, finanziamenti o agevolazioni erogati da parte dello Stato, da altri enti pubblici o dall'Unione europea, per un periodo da uno a tre anni.

Dal palazzo

I dettagli

Fisioterapisti, elezioni dell'Ordine interprovinciale Palermo-Trapani

Sabato 1 e domenica 2 aprile si andrà al voto per il Consiglio Direttivo e il Collegio dei Revisori dei Conti.



🕒 Tempo di lettura: 2 minuti



29 Marzo 2023 - di [Redazione](#)

Inizia a Guardare

Senza pubblicità

All Streaming

Apri

[IN SANITAS](#) > Dal Palazzo

Il prossimo sabato e domenica, 1 e 2 aprile, con la terza convocazione dell'assemblea elettiva, si svolgeranno le **elezioni** del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine interprovinciale della professione sanitaria di **fisioterapista** di **Palermo e Trapani** per il quadriennio 2023-2027.

In questa terza convocazione, indipendentemente dal numero di partecipanti all'Assemblea, si terranno direttamente le votazioni che si svolgeranno con le seguenti modalità: sabato 1° aprile dalle ore 9 alle ore 19 presso la sede dell'Ordine TSRM-PSTRP di Trapani (Corso Italia 35, 91100 Trapani) e domenica 2 aprile dalle 9 alle 19 presso la sede dell'Ordine TSRM-PSTRP (via Ugo la Malfa 30, 90146 Palermo).

Questo voto è **un fatto epocale per i fisioterapisti italiani** e, quindi, per quelli delle provincie di Palermo e Trapani, perché per la prima volta eleggeranno gli organismi dell'Ordine Interprovinciale. L'istituzione dell'Ordine, e della relativa **Federazione nazionale**, sarà una opportunità in più per i fisioterapisti perché questi organismi, secondo quanto previsto dalla **Legge n. 3 del 2018**, *“promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva”*.

Poste Energia

Bolletta a rata fissa per 12 mesi calcolata ogni anno in base ai tuoi consumi. Poste Italiane



Ann. allstreaming.net


Altro ▼

È importante andare a votare affinché ognuno possa essere protagonista nella costruzione dell'ordine e portare il proprio contributo, con la propria presenza, per rafforzare questo percorso. A queste votazioni sono ammessi solo i fisioterapisti **iscritti all'Albo professionale**, il voto si esprimerà in presenza e non sono ammesse deleghe. Tutte le informazioni sul voto sono disponibili su siti web degli ordini territoriali dei fisioterapisti.



MENU

Cerca...


 [Stampa questo articolo](#)

Tag:

[FISIOTERAPIA](#) [FISIOTERAPISTA](#) [FISIOTERAPISTI](#) [ORDINE DEI FISIOTERAPISTI](#)

Contribuisci alla notizia

[Invia una foto o un video](#)
[Scrivi alla redazione](#)


Dal team multidisciplinare all'accesso ai nuovi farmaci, le richieste di FAND per i pazienti diabetici

L'Associazione italiana Diabetici punta sulla Rete clinica diabetologica socio-sanitaria e chiede che nelle Case di Comunità ci sia uno specialista o almeno un infermier specializzato. Il presidente Benini: «Non servono nuove leggi ma il coinvolgimento dei pazienti nei tavoli decisionali»

di Giovanni Cedrone



Un team multidisciplinare che sappia prendere in carico a 360 gradi il paziente con diabete, più risorse per i farmaci e i device di nuova generazione e il coinvolgimento delle associazioni nei tavoli al ministero. Sono queste alcune delle richieste che la **FAND – Associazione Italiana Diabetici**, rivolge al ministro della Salute Orazio Schillaci, a cui va il plauso per la volontà di inserire l'attività sportiva all'interno dei LEA con la possibilità della prescrizione medica.

Emilio Augusto Benini, presidente FAND, spiega a *Sanità Informazione* le priorità dei pazienti con diabete, una patologia negli ultimi anni in costante crescita: oltre quattro milioni di persone colpite più un milione e mezzo che non sanno di avere il diabete, oltre quattro milioni quelle ad alto rischio di sviluppare la patologia.

Diabete e Case di Comunità

Numeri importanti che richiedono una risposta pronta da parte delle istituzioni. In primis sul fronte della riforma dell'assistenza territoriale e sul ruolo che possono giocare le Case di Comunità per una patologia cronica come il **diabete**: «Ci aspettiamo molto dalle Case di Comunità – sottolinea Benini -. Dovrebbero essere il luogo più vicino alla persona con diabete cui fare riferimento e dove svolgere attività di prevenzione su patologie correlate come retinopatia o cardiopatia. Noi stiamo lanciando un progetto importante che è quello della Rete clinica diabetologica socio-sanitaria. La rete non è prevista in diabetologia, noi invece la vorremmo perché la rete clinica ospedaliera che si

integrata con il territorio permette di avere nelle Case di Comunità lo specialista oppure, se non è possibile, almeno un infermiere specializzato o con cultura metabolica che può dare risposte importanti».

L'accesso ai nuovi farmaci

Ma la riforma dell'assistenza territoriale è solo il primo tassello di un puzzle più complesso. Perché oggi i nuovi farmaci o i nuovi device possono migliorare molto la qualità di vita del paziente ma non sempre sono accessibili: «Servono risorse adeguate – spiega il presidente FAND -. I budget limitano spesso i diabetologi nella prescrizione dei nuovi farmaci o di nuove tecnologie. Questo è molto limitante. Ci sono dei farmaci di nuova generazione che oltre a controllare il diabete danno risposte importanti per il cuore, che è la maggiore complicanza del diabete. Dato che questi nuovi farmaci hanno un costo più elevato rispetto ad altri, l'indicazione generale per rientrare nei budget è quella di limitare la loro prescrizione così come quella di sensori e microinfusori perché molto costosi».

Il team multidisciplinare e il ruolo dei MMG

Altro aspetto fondamentale, una richiesta comune ad altre categorie di pazienti, è quella della presenza di un **team multidisciplinare** all'interno dei centri diabetici: «Per noi l'educazione terapeutica e sanitaria è fondamentale per gestire al meglio la nostra tecnologia. Se io sono ben formato, riesco anche a gestirmi. C'è da lavorare sull'educazione alimentare, sull'attività motoria, ecc. Ma oggi nei centri, che sono pochi, c'è solo un medico e un infermiere».

Anche i Medici di medicina generale per FAND possono giocare un ruolo importante, ma è necessario che siano formati alla patologia diabetica. FAND chiede inoltre ad AIFA di eliminare la compilazione da parte del medico del Piano Terapeutico, di durata annuale. «Il Piano terapeutico è una pratica burocratica per il MMG perché lo redige lo specialista. Che senso ha rinnovare il piano terapeutico che è sempre lo stesso? Così diventa solo una pratica burocratica e ogni medico dovrà rinnovare una marea di piani terapeutici dato l'alto numero di pazienti» spiega Benini.

FAND poi rilancia il progetto del "diabetico guida", un paziente o un caregiver appositamente formato che sia in grado di contribuire a educare all'autocontrollo e all'autogestione del diabete, migliorando le capacità di fornire aiuto e sostegno alle persone con diabete e ai loro familiari: una figura che per FAND dovrebbe essere presente nelle Case di Comunità.

Infine, ma non ultimo per importanza, la partecipazione ai tavoli ministeriali delle associazioni: «Non servono nuove leggi ma partecipazione. Oggi non partecipiamo ai tavoli decisionali sul diabete. C'è questo atto di indirizzo in cui si istituiscono i tavoli, speriamo si concretizzino al più presto» conclude Benini.

Dal palazzo

L'approfondimento di Insanitas

Centri di riferimento e associazioni di pazienti, fronte comune contro l'endometriosi

Le interviste a Giuseppe Ettore (direttore di Ostetricia e Ginecologia all'Arnas Garibaldi) e Chiara Catalano, volontaria di "Progetto endometriosi".



🕒 **Tempo di lettura:** 6 minuti



28 Marzo 2023 - di [Giada Giaquinta](#)

Trying to get pregnant?

What you need to know

Affordable Cost Fertility Treatment High Success Rates in Europe

fertilitycrete.gr

OPEN

[IN.SANITAS](#) > Dal Palazzo

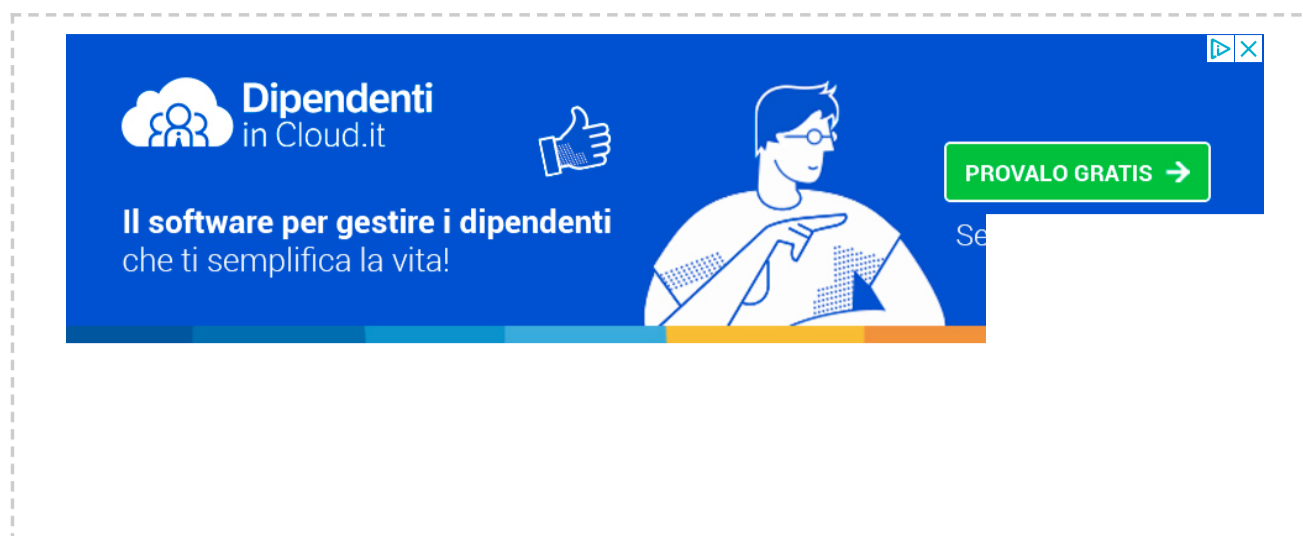
Marzo è il mese dedicato alla **consapevolezza sull'endometriosi**, che si riscontra in circa il 10-25% delle donne in età fertile. In Italia quelle che hanno avuto una diagnosi conclamata sono circa 3 milioni, con un picco tra i 25 e i 35 anni. La patologia è caratterizzata dal fatto che l'endometrio, il rivestimento interno dell'utero, che viene normalmente eliminato ciclicamente con le mestruazioni, si impianta all'interno dell'addome fuori dall'utero invadendo gli **organi pelvici** tanto da determinare sintomi gravi come sterilità e dolore cronico nelle donne affette.

L'endometriosi è una patologia **invalidante** che compromette la qualità della vita della donna ed è causa di **sub-fertilità o infertilità**, riscontrata in un 30-40% dei casi, principalmente a causa dello **stato infiammatorio cronico**. Una corretta consapevolezza della patologia può favorire una **diagnosi** precoce con un trattamento tempestivo che può migliorare la qualità della vita e prevenire la situazione di infertilità.

Leziopatogenesi dell'endometriosi è sconosciuta. Tra le più accreditate è la "**teoria dell'impianto**": questa prevede che, durante il ciclo mestruale, si verifichi un flusso retrogrado dell'endometrio sfaldato verso il peritoneo. In questo modo, diventa possibile un impianto del tessuto endometriale in sede anomala. Il **sintomo principale**, in quasi tutte le donne affette da endometriosi, è il dolore durante il **ciclo mestruale**. A seconda della localizzazione degli impianti anomali, si possono verificare anche dolore durante il rapporto sessuale, **minzione** dolorosa e difficoltà durante la defecazione con costipazione. In alcune donne la patologia può essere **asintomatica**.

Vitalongum Probiotico

Prova il probiotico Vitalongum e ritrova il tuo benessere intestinale in poche settimane
Neobilive



Tra gli esami più comuni svolti per la diagnosi: l'ecografia transvaginale, la risonanza magnetica addome-pelvi con mezzo di contrasto. Il trattamento dell'endometriosi è personalizzato, in base alle condizioni della paziente, e può richiedere cure farmacologiche o chirurgiche. La scelta chirurgica migliore è la tecnica **laparoscopica**, di tipo mininvasivo, che permette di eliminare i **focolai endometriosici** preservando così il più possibile utero, ovaie e tube.

Ne abbiamo parlato con il professor **Giuseppe Ettore**, direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia e del Dipartimento Materno-Infantile dell'Arnas Garibaldi-Nesima di Catania, centro di riferimento regionale Sicilia Orientale per l'endometriosi.



Professor Ettore, perché l'endometriosi è una patologia "insidiosa"?

«Perché non è così semplice da diagnosticare. Proprio per questo spesso la diagnosi sfugge nei primi tempi della patologia e un ritardo diagnostico a volte viene misurato anche in anni. Bisogna auspicare che la donna si rivolga a un medico specializzato e che **non sottostimi** i sintomi precoci. Da qui anche l'importanza di sensibilizzare le donne affinché esse stesse siano informate sulla patologia e riconoscano i sintomi».

Cosa si fa in Sicilia?

«Si fa rete. Noi del "Garibaldi" di Catania, centro di riferimento regionale, insieme al "Civico" di Palermo abbiamo l'obiettivo di far rete per far sì che in ogni ospedale ci possano essere professionisti preparati, perché se gli interlocutori sono sbagliati anche in presenza di sintomi non viene riconosciuta. Inoltre occorre scongiurare i cosiddetti "**viaggi della speranza**", il turismo sanitario verso strutture del Nord Italia».

Rispetto al passato si stanno compiendo passi in avanti?

«In Sicilia nel dicembre 2019 è stata approvata la legge dal titolo "Disposizioni per la tutela e il sostegno delle donne affette da endometriosi" che tenta di riordinare e sanare le criticità legate a questa malattia. Prevedendo e garantendo tutte le prestazioni sanitarie necessarie».

Per quanto riguarda le azioni di **informazione e sensibilizzazione** sull'endometriosi, è fondamentale il ruolo delle **associazioni** che rappresentano un anello di congiunzione fondamentale con le donne. Ne abbiamo parlato con **Chiara Catalano**, volontaria dell'Associazione "Progetto endometriosi" di Acireale, che ha portato in più occasioni all'attenzione la sua testimonianza legata all'endometriosi.

Cosa fa l'associazione di cui fa parte?

Giovane di 27 anni muore dopo aver partorito la sua bambina: Monreale sotto choc

Federica Tarallo, assistente sociale, è stata ricoverata giovedì scorso all'ospedale Ingrassia, poi le complicanze e il trasferimento a Villa Sofia dove il suo cuore ha smesso di battere. Era la sua seconda gravidanza dopo l'aborto in cui aveva perso due gemellini. "Una ragazza solare alla quale tutti volevano bene"



Federica Virga

Giornalista

29 marzo 2023 10:56



In foto Federica Tarallo

Quello che doveva essere il giorno più bello della sua vita si è trasformato in una tragedia. Mette al mondo la sua bambina, ma dopo qualche giorno muore per delle complicanze legate al parto. Monreale sotto choc per la morte di Federica Tarallo, 27 anni, morta dopo aver partorito prematuramente, al settimo mese di gravidanza, la figlia che non conoscerà mai.

Tutto ha inizio giovedì scorso: prima il ricovero all'ospedale Ingrassia, dove la mamma ha partorito d'urgenza in anticipo rispetto allo scadere del termine gestazionale, poi il giorno dopo il disperato trasferimento alla terapia intensiva dell'ospedale Villa Sofia. Un calvario lungo cinque giorni. Ma il quadro clinico della giovane era ormai compromesso, il suo cuore ha così smesso di battere ieri. La disperazione del marito, dei genitori, della sorella e degli amici che adesso piangono per quella ragazza, assistente alla comunicazione, sposata da quasi due anni. "Una ragazza solare alla quale tutti volevano bene - racconta chi la conosceva - e che sognava di diventare mamma. Non vedeva l'ora di poter abbracciare la sua bambina".

Qualche mese prima di scoprire di essere incinta, infatti, Federica aveva avuto un aborto e aveva perso due gemellini. Un macigno che portava dentro. "Solo chi c'è passata può capire quello che una donna prova in quella sala operatoria - scriveva la giovane sui suoi social - perché li dovresti entrare per dare alla luce tuo figlio e fare la cosa più bella al mondo e invece entri e senti talmente freddo che penso che un freddo del genere io non l'abbia mai sentito in vita mia, quel giorno un pezzo di me è morto con loro per sempre".

Un dolore così grande che avrebbe voluto colmare con l'arrivo della sua figlioletta, una femminuccia che le aveva fatto ribattere il cuore. "Potrò essere esagerata, potrò essere melodrammatica - diceva - ma quelli erano i miei figli e adesso non ci sono più e non potrò mai abbracciarli, non potrò mai vedere i loro volti, assistere ai loro primi passi o sentire le loro prime parole. Non mi rimane niente se non qualche foto di me con la pancia o qualche ecografia. Questo dolore non credo che potrà mai passare". E ora che quella bambina è venuta al mondo, sarà suo il dolore a non passare mai più.

La febbre alta, il ricovero, poche ore dopo il tragico decesso: inchiesta sulla morte di una bimba di 4 anni all'ospedale di Sciacca

I familiari ipotizzano responsabilità dei sanitari e hanno presentato una denuncia: da qui l'apertura dell'indagine

Di **Redazione** | 29 Marzo 2023

I genitori di una bambina di 4 anni di Sambuca di Sicilia (Agrigento) hanno presentato una denuncia ai carabinieri di Sciacca allo scopo di accertare le cause della morte della figlia, avvenuta all'ospedale «Giovanni Paolo II», dove era stata ricoverata poche ore prima. La procura ha già aperto un'inchiesta. È stata disposta l'autopsia.

Stando a quanto si apprende, la piccola sarebbe giunta in ospedale, accompagnata da papà e mamma, con febbre alta. In area di emergenza è stato deciso il suo ricovero nel reparto di Pediatria. Il quadro clinico è peggiorato fino al sopraggiungere del decesso. I familiari ipotizzano responsabilità dei sanitari.

COPYRIGHT LASICILIA.IT © RIPRODUZIONE RISERVATA

Mercoledì 29 MARZO 2023

Dal Cnel un disegno di legge sull'oblio oncologico

Quanti sono guariti dal tumore continuano ad avere problemi pratici come pratiche di lavoro, mutui, accesso ai servizi bancari, finanziari e assicurativi che richiedono certificati di salute pregressi. Un problema che riguarda più di 3.600.000 persone guarite. Riva (Cnel): “Una proposta per restituire una vita normale a chi guarisce dal tumore”

L'oblio oncologico è un diritto che non è ancora riconosciuto in Italia. Una persona guarita dal tumore continua ad avere problemi pratici come pratiche di lavoro, mutui, l'accesso ai servizi bancari, finanziari e assicurativi che richiedono certificati di salute pregressi; certificazioni richieste per lo svolgimento di funzioni o attività di qualsiasi genere o che comunque attestano l'idoneità fisica a tale svolgimento o lo stato di salute dell'interessato, finanche un'adozione. Un problema che riguarda più di 3.600.000 persone che hanno avuto una diagnosi di tumore.

Nell'ultima Assemblea il Cnel presieduta dal presidente **Tiziano Treu**, alla presenza del Segretario Generale, **Francesco Tufarelli**, ha approvato un disegno di legge sull'oblio oncologico finalizzato a rimuovere gli ostacoli che limitano la libertà e l'uguaglianza delle persone guarite da patologie oncologiche nell'esercizio dei diritti, in attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione, degli articoli 7, 8, 21, 35 e 38 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, del Piano europeo contro il cancro di cui alla Comunicazione della Commissione europea al Parlamento europeo e al Consiglio COM(2021) 44 final) e dell'articolo 8, della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali.

Il divieto di trattamento dei dati di cui all'art. 9, comma 1, del Regolamento (UE) 2016/679 (Gdpr), infatti, ricomprende le informazioni relative a patologie oncologiche pregresse, quando siano trascorsi dieci anni dall'ultimo trattamento attivo della patologia, in assenza di recidive o ricadute, ovvero cinque anni se la patologia è insorta prima del ventunesimo anno di età.

“Il Ddl si propone di restituire una vita normale a chi guarisce dal tumore. Con l'aumento dell'aspettativa di vita delle persone aumentano anche le loro esigenze, bisogni che devono essere intercettati dal Governo e dal Parlamento, necessità che vanno affrontate e risolte. Ad oggi risulta che il 27% può essere considerato guarito dalla diagnosi da oltre dieci anni ma continua ad avere problemi”, afferma il consigliere **Francesco Riva**, relatore del Ddl.

Negli ultimi due anni, ricorda una nota del Cnel, molti Paesi europei hanno approvato leggi che garantiscono agli ex pazienti il diritto a non essere rappresentati dalla malattia: la Francia è stato il primo Paese a stabilire per legge che le persone con pregressa diagnosi oncologica, trascorsi dieci anni dalla fine dei trattamenti, o cinque, per coloro che hanno avuto il tumore prima della maggiore età, non sono tenute ad informare gli assicuratori o le agenzie di prestito sulla loro precedente malattia. Dopo la Francia è intervenuto il Belgio con una norma simile. In Lussemburgo, anche se non vi è una legge, vige dal 29 ottobre 2019 un accordo tra il Governo e le assicurazioni, in Olanda il “diritto all'oblio oncologico” è stato adottato con decreto-legge il 2 novembre 2020 e più recentemente il Porto-gallo, con la legge 18 novembre 2021, n. 75, ha rafforzato l'accesso ai contratti di credito e assicurativi da parte delle persone che hanno superato o mitigato situazioni di aggravamento del rischio sanitario o di invalidità, vietando pratiche discriminatorie

Pasticcio Province, alt alla controriforma: non si sa chi pagherà di Miriam Di Peri



L'Assemblea regionale non ha avviato la discussione sul testo prospettato da Schifani il 3 marzo

29 MARZO 2023 AGGIORNATO ALLE 08:15

2 MINUTI DI LETTURA

È l'amaro destino delle Province: le loro sorti annunciate a mezzo stampa, per restare poi imbrigliate in mille cavilli amministrativi. Con una data che ricorre: dieci anni fa, domenica 3 marzo 2013, l'allora presidente della Regione Rosario Crocetta annunciava dal salotto tv di Massimo Giletti che avrebbe abolito le Province, in anticipo sulla riforma nazionale targata Graziano Delrio.

L'OPERAZIONE “FAIRO”

Palermo, presa banda che smerciava fiumi di droga al mercato di Ballarò: 25 misure cautelari

Era possibile acquistare crack, ma anche cocaina, hashish, marijuana e suboxone

Di **Redazione** | 29 Marzo 2023

Imilitari del nucleo operativo della Compagnia carabinieri di Palermo Piazza Verdi hanno eseguito 25 provvedimenti cautelari (4 in carcere, 5 agli arresti domiciliari, 7 di obbligo di dimora nel comune di Palermo e 9 di obbligo di presentazione alla polizia giudiziaria), emessi dal gip nei confronti dei componenti di una organizzazione criminale che spacciava droga nel mercato di Ballarò. L'indagine è stata coordinata dalla Procura guidata da Maurizio De Lucia.

L'attività d'indagine è iniziata tra giugno e dicembre del 2020 e ha permesso di scoprire una piazza di spaccio dove era possibile acquistare crack, ma anche cocaina, hashish, marijuana e suboxone. Il commercio era attivo 24 ore su 24.

Lo spaccio

La zona dello spaccio era tra via Nunzio Nasi, Piazzetta Lucrezia Brunaccini e Via Mongitore. G Per assicurare una vendita al dettaglio costante per tutto l'arco della giornata l'organizzazione usava decine di pusher. Gli spacciatori

avevano anche il ruolo di vedetta ed erano soliti segnalare l'arrivo delle forze dell'ordine utilizzando una parola in codice «Fairo» che dà il nome all'operazione dei carabinieri.

Le indagini hanno consentito di stimare il profitto giornaliero della banda in 4000 euro circa. Nel corso dell'attività sono state monitorate 256 vendite di sostanze stupefacenti. Nei mesi scorsi sono già state arrestate in flagranza 10 persone e sequestrati circa 2 chili e mezzo di stupefacente.

Gli acquirenti

li acquirenti erano minorenni e turisti e studenti. Tra i consumatori individuati figurerebbero soggetti di svariata estrazione sociale e geografica e anche una madre che si era recata nella piazza di spaccio col figlio neonato. Nel corso dell'operazione di stanotte, sono stati eseguiti due arresti in flagranza e una denuncia in stato di libertà per la stessa accusa: sono stati sequestrati complessivamente 85 grammi circa di crack, hashish e marijuana.

I carabinieri del nucleo cinofili impiegati per l'esecuzione delle misure cautelari, durante le attività di perquisizione e controllo del quartiere eseguite con l'aiuto del cane antidroga Ron, hanno individuato una maxi serra di marijuana «indoor» allestita in un magazzino attrezzato con luci, tubi di areazione e sistema di irrigazione. Nella serra sono stati sequestrati diversi sacchi con infiorescenze di marijuana.

Putin testa i super-missili nucleari Yars: arma da "fine del mondo"

29 marzo 2023



Durante le esercitazioni militari iniziate mercoledì 29 marzo in Russia saranno testati i missili balistici intercontinentali Rs-24 Yars. "Gli specialisti di missili strategici condurranno una serie di misure di mimetizzazione e contrasto ai moderni mezzi di ricognizione aerea in collaborazione con le formazioni e le unità del Distretto militare centrale e dell'Aeronautica militare", ha annunciato il ministero della Difesa russo, come riporta l'agenzia Tass. I missili Yars sono equipaggiato con testate termonucleari possono raggiungere i 24.500 km/h e colpire a 10mila chilometri di distanza.

Figli di coppie omogenitoriali, Torino pubblica il manifesto del raduno dei sindaci: «Le città per i diritti»

29 MARZO 2023 - 10:33

di Redazione



Una mobilitazione appoggiata anche dai sindaci di Roma, Milano, Napoli, Bologna, Firenze e Bari

«Le città per i diritti». È il titolo della mobilitazione del fronte unito (per ora) dei sindaci dem, lanciata dal sindaco di Torino e prevista per il 12 maggio, a favore del riconoscimento dei figli delle coppie omogenitoriali. All'indomani dell'incontro in videoconferenza dei primi cittadini delle principali città italiane, Stefano Lo Russo ha infatti pubblicato sulle sue pagine social la locandina dell'evento promosso dalla Città di Torino. Un'iniziativa descritta come «assemblea di sindache, sindaci, amministratrici e amministratori locali. Contro le discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere, per i diritti di tutte le famiglie». Mobilitazione, questa, appoggiata anche dai sindaci di Roma, Roberto Gualtieri, Milano Beppe Sala, Napoli, Gaetano Manfredi, Bologna, Matteo Lepore, Firenze, Dario Nardella, e Bari, Antonio Decaro.

Il documento

«Con i colleghi delle principali città italiane, abbiamo condiviso un documento in cui chiediamo al Parlamento italiano di legiferare e di dare certezza al riconoscimento anagrafico delle figlie e dei figli delle coppie omogenitoriali. E di introdurre il matrimonio egualitario con il conseguente accesso alle adozioni. Così come previsto per le coppie eterosessuali», si legge sul profilo Facebook di Stefano Lo Russo. «L'esperienza quotidiana delle amministrazioni locali dimostra che esistono domande di tutela alle quali non si riesce a dare adeguata risposta. La vita familiare delle persone LGBTQ+ risulta, nell'assetto normativo attuale, non ancora compiutamente riconosciuta, generando disparità di trattamento nel quadro dell'Unione Europea. Per questo consideriamo fondamentale contrastare ogni discriminazione. E garantire pienamente i diritti dei figli delle coppie omogenitoriali. E sentiamo forte la necessità di azioni comuni che vogliamo condividere con i Sindaci di ogni orientamento politico».

PUBBLICITÀ

La trascrizione integrale

Il primo cittadino del capoluogo piemontese ha inoltre ribadito, a nome di tutti i sindaci, «la volontà di agire collettivamente nell'esclusivo interesse dei minori, procedendo alla trascrizione integrale dei certificati di nascita costituiti all'estero con due mamme, non riconducibili a una gestazione per altri, chiaramente esclusa dalla legge».

Analisi e visite a pagamento in Sicilia dal 20 di ogni mese, è scontro fra privati convenzionati e Regione

IL TAVOLO SI RIUNIRÀ NUOVAMENTE TRA OTTO GIORNI



di Manlio Viola | 28/03/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

Nulla di fatto nell'incontro fra la Regione siciliana e le [sigle](#) che rappresentano la quasi totalità degli ambulatori medici e dei laboratori di analisi convenzionati. La mediazione tentata dalla Regione non è riuscita e la sanità privata decide un nuovo stop.

Leggi Anche:

Laboratori di analisi e ambulatori, sindacati incontrano l'assessore Volo "Fiduciosa in una soluzione condivisa"

Visite e analisi a pagamento

Nelle strutture convenzionate dal 20 di ogni mese le prestazioni, d'ora in poi, saranno a pagamento. La ricetta che da diritto alla prestazione sanitaria dietro il solo pagamento del ticket sarà accettata solo dal primo al 20esimo giorno del mese, poi

bisognerà pagare.

Secondo gli specialisti e i responsabili degli ambulatori, infatti, il budget regionale dura circa 20 giorni al mese, poi i privati convenzionati lavorano ‘a credito’. E questi credito accumulati spesso non vengono retribuiti affatto a fine anno. Per questo non intendono più erogare quelle prestazioni che non gli saranno rimborsate.

Il comunicato della Regione

Di tenore diverso era stato il comunicato della Regione siciliana “L’incontro di oggi con i rappresentanti dei [laboratori privati convenzionati](#) si è svolto con la massima franchezza su tutte le questioni da affrontare. Abbiamo portato sul tavolo delle proposte che sono percorribili relativamente alle risorse che sono attualmente a nostra disposizione per il 2022 e per il 2023. I sindacati ci hanno consegnato una controproposta che verificheremo nei prossimi giorni. Il tavolo è stato aggiornato e ci rivedremo tra otto giorni. L’incontro si è svolto in un clima di grande correttezza e siamo fiduciosi che una soluzione condivisa si possa trovare” dice in quella nota l’assessore regionale alla Salute, Giovanna Volo, al termine della riunione con i rappresentanti sindacali dei [laboratori e degli ambulatori](#) privati convenzionati.

Margini per recuperare

Ci sono, però, possibilità di recuperare. “La riunione di oggi ha determinato una fattiva collaborazione con L’assessore Giovanna Volo. Si sono discusse Tematiche importanti a favore della specialistica ambulatoriale esterna privata che saranno meglio definite nel prossimo incontro di mercoledì giorno 5 aprile”.

Riassumono con questa “fumata grigia” – Acap e altre sigle sindacali regionali legate al mondo della sanità privata – l’incontro tenutosi stamani con l’assessore alla Salute Giovanna Volo, martedì 28 marzo, stanze di piazza Ottavio Ziino a Palermo.

“L’assessore Volo – continuano i rappresentanti congiunti dei sindacati – comunicherà le proposte definitive per la distribuzione delle somme aggiuntive reperite per gli anni 2022 e 2023, il 5 aprile alle 10,30. Inoltre oggi si è concordato la continuazione dei tavoli tecnici di branca, già insediati dall’assessore Volo, che riprenderanno i lavori dopo la settimana di Pasqua. Tali tavoli avranno il compito di meglio sviluppare le risoluzioni del settore per meglio garantire le prestazioni sanitarie a servizio del territorio e dei siciliani tutti”.

Più dura la Cimest

“Davanti all’ostinata negazione del diritto alla cura dei siciliani che il Governo regionale continua a mettere in atto la specialistica accreditata esterna siciliana è costretta a confermare lo stato di agitazione e annunciare la sospensione dell’erogazione delle prestazioni in convenzione all’esaurimento del budget mensile di ogni struttura, vale a dire intorno al giorno 20 di ogni mese”. Lo affermano i coordinatori del CIMEST (Coordinamento Intersindacale di Medicina Specialistica ambulatoriale di territorio), Salvatore Gibiino e Salvatore Calvaruso, al termine dell’incontro convocato dall’assessore alla Salute della Regione Sicilia Giovanna Volo con le diciassette organizzazioni sindacali che compongono l’Intersindacale della Specialistica Accreditata Esterna.

La sanità protesta

[La sanità palermitana protesta](#), invece, e adesso annuncia il nuovo stop. Tutto nasce da un documento nel quale si parla di “smantellamento” del sistema sanitario. Presto ci sarà una nuova mobilitazione. Ad annunciarla la “Rete degli ambulatori popolari” di Palermo che ha convocato una manifestazione, di carattere regionale. Appuntamento al prossimo 15 aprile per chiedere, fra le altre cose, il rilancio della sanità pubblica. Nei giorni scorsi si è tenuta una partecipata assemblea alla Fonderia Orotea alla Cala di Palermo. A partecipare circa duecento tra operatori sanitari, precari e cittadini.

“Voglia di scendere in piazza”

L'assemblea “ha palesato trasversalmente la voglia di scendere in piazza per manifestare”. Una protesta figlia della rabbia e della preoccupazione per la situazione di ospedali, pronto soccorso, ambulatori pubblici. Le liste d'attesa sono sempre più lunghe secondo gli addetti ai lavori. La pratica delle visite a pagamento in intra moenia suscita frustrazione in chi, altrimenti è costretto ad aspettare mesi, se non anni. “Il personale sanitario – si legge in una nota delle Rete degli ambulatori popolari – è sempre più in trincea, abbandonato a sé stesso. O addirittura espulso dal sistema, come per il caso dei precari Covid. E la politica sembra voler proseguire a percorrere questa strada verso il baratro della sanità pubblica”. Ad essere denunciato il continuo de finanziamento del settore: “In più, portando avanti progetti tragici come quello sull'autonomia regionale differenziata”.

Varie iniziative

Annunciate iniziative di protesta di varia natura nelle prossime settimane. Una, ad esempio, sarà la costituzione di sportelli per i diritti degli utenti contro le liste d'attesa. Ad essere invitati a partecipare la cittadinanza, le organizzazioni di terzo settore, quelle sindacali, comitati e collettivi, movimenti e associazioni. Momento clou della protesta è l'organizzazione di una grande marcia per la sanità pubblica a Palermo. L'appuntamento in piazza Verdi, sabato 15 aprile, alle ore 10 per manifestare fino alla prefettura. “Per portare nelle strade – si legge nella nota della Rete – la rabbia di chi non vuole più stare in silenzio di fronte alla morte della sanità pubblica”.