



Rassegna Stampa 4 aprile 2023

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

Ucraina: emergenza ferite da scheggia, allo studio IA per valutazioni «lampo»

Con l'invasione della Russia in corso, l'Ucraina sta cercando nuovi modi di utilizzare l'intelligenza artificiale per valutare e curare le ferite causate da schegge. Grazie al contributo di un gruppo di ricercatori britannici, l'IA viene addestrata con l'aiuto di modelli 3D di tessuti lesionati in laboratorio

di Valentina Arcovio



Gli scienziati ucraini, insieme a un gruppo di colleghi britannici, stanno sviluppando un nuovo **sistema di intelligenza artificiale** che si spera li aiuterà a valutare le **ferite da schegge** subite dalle vittime degli **attacchi della Russia**. In pratica, il nuovo sistema a cui stanno lavorando dovrebbe analizzare in autonomia le **immagini delle lesioni** ottenute tramite Tc. Alla fine ai medici verranno date informazioni circa il tipo di materiale che ha causato la ferita, la sua **esatta posizione** e se c'è bisogno o meno di intervenire con urgenza per rimuovere la scheggia. **Kyrylo Smelyakov** della National University of Radio Electronics di Kharkiv e i suoi colleghi, che stanno lavorando all'ambizioso progetto, sperano di riuscire ad accelerare le cure negli **ospedali affollati** e a corto di personale in tutta l'Ucraina, rivelando informazioni sulle ferite che potrebbero non essere evidenti ad occhio nudo.

Le ferite da scheggia vengono riprodotte con la stampa 3D

Tuttavia, riuscire ad addestrate un simile sistema di **intelligenza artificiale** richiede molti dati e un mezzo per controllare se l'IA sta valutando accuratamente quali sono gli **oggetti estranei** rimasti all'interno delle ferite. Il team di Smelyakov ha tentato di raccogliere queste informazioni inserendo diversi materiali nel **tessuto di maiali morti**, ma questo metodo è impreciso e il movimento del tessuto animale durante le scansioni TC riduce la **qualità dei dati** raccolti. Per migliorare la raccolta di dati, il team di Smelyakov sta prendendo parte alla **Twinning Initiative** tra Regno Unito e Ucraina,

un progetto che collega le università in Ucraina con altre in tutto il mondo per aiutare gli scienziati in difficoltà a causa della **guerra**. Invece di fare affidamento sul tessuto di maiale, **Greg Gibbons** dell'Università di Warwick, nel Regno Unito, e i suoi colleghi stanno progettando e stampando in **modelli 3D** di varie parti del corpo umano.

L'IA sarà in grado di suggerire il trattamento e le tempistiche migliori

Questi modelli saranno stampati con diversi **tipi di plastica** in modo da replicare la **densità del tessuto** umano. Successivamente i ricercatori infileranno le schegge nei modelli e faranno della **scansioni con la TC**. Il team ucraino utilizzerà queste immagini come fonte di dati noti e replicabili per **addestrare l'IA**. I ricercatori britannici utilizzeranno una vasta gamma di tipi di schegge: dal metallo eventualmente proveniente da una bomba o da un missile al legno o al vetro degli edifici che esplodono. «Idealmente, l'IA sarà in grado di prevedere con una precisione del 100% qual è l'esito per quel paziente, di quale **trattamento** ha bisogno, se è immediatamente critico, se ha bisogno che la scheggia venga rimossa o se può essere lasciata dentro, e quindi se il paziente può essere messo in un reparto per un po'», dice Gibbons.

Il problema è individuare le schegge più piccole di 5 millimetri

Secondo quanto riferito da **Smelyakov**, i suoi colleghi vedono all'incirca tre pazienti al giorno con **ferite da schegge** e che il problema principale è trovare i **frammenti** di diametro inferiore ai 5 millimetri ed estrarre in sicurezza i frammenti vicini alle arterie. Per questo spera che il **modello di IA** possa essere d'aiuto. Gli scienziati ritengono che con un adeguato addestramento l'intelligenza artificiale potrebbe fare una grande differenza negli **ospedali sovraccarichi** dell'Ucraina.

Martedì 04 APRILE 2023

I Forum di QS. Sanità pubblica addio? Angelozzi: “833 e 180, crisi parallele”

Due percorsi paralleli per due leggi fondamentali della nostra sanità. E gran parte dei temi affrontati in questo forum possono aggiungere ulteriori riflessioni al dibattito della salute mentale in Italia ed il destino che l’attende

Esistono degli stretti legami fra il libro di Cavicchi che è appena uscito: “Sanità pubblica addio” e “Oltre la 180” che lo ha preceduto di pochi mesi.

Entrambi parlano del destino di una grande riforma, nel primo caso la L. 833/78, nel secondo della L. 180/78, anche esse separate di pochi mesi; entrambi parlano dei problemi che erano presenti già nella formulazione legislativa originaria; entrambi dei destini successivi, fatti di controriforme e problemi non solo non sanati, ma anzi acuiti nel corso dei decenni.

Ma soprattutto, gran parte dei temi che Cavicchi ora affronta possono aggiungere ulteriori riflessioni al dibattito della salute mentale in Italia ed il destino che l’attende.

Il discorso del libro si muove su tre strade principali che si intersecano costantemente: la modifica che viene progressivamente attuata sull’art 32 della Costituzione, con il passaggio dal diritto alla salute al diritto condizionato, ai LEA e quindi alla sostenibilità; lo spazio crescente dato al privato, in forma sostitutiva rispetto al pubblico; la autonomia regionale data dalla modifica del Titolo V, con differenze che saranno drammaticamente accentuate dalla autonomia differenziata.

In realtà questi tre temi completano quanto emergeva in “Oltre la 180”.

Il primo punto riguarda la complessa trasformazione che il diritto alla salute, ed in questo caso parliamo di salute mentale, ha avuto nel corso degli anni. Quello che era un concetto generale di salute mentale che era all’origine della L. 180/78, e acquisiva significato, da una parte nell’ambito della comunità e dall’altra nella totalità dell’essere “persona”, si è progressivamente declinato, reificandosi e delimitandosi nei LEA; non più livelli dei bisogni di salute, ma livelli di assistenza possibile, erogabile e “sostenibile”.

E per ciò che può essere fatto, sia con la L. 502/92, sia con la L. 229/99, si sviluppano principi di evidenza di qualità e di appropriatezza, già in qualche maniera ristrettivi rispetto al più complesso concetto di risposta ad un bisogno, ed ancora di più se usati come criteri di demarcazione per distinguere ciò che è a carico dello stato, con la implicazione stretta fra economicità ed essenzialità.

Quanto ci descrive Cavicchi sulla trasformazione del criterio di appropriatezza nella direzione tipicamente mutualistica ed assicurativa di assistenza “essenziale”, cioè di assistenza “indispensabile” o meglio “strettamente necessaria”, descrive bene il passaggio che progressivamente è avvenuto nella assistenza in salute mentale e che è stato completato con un *proceduralismo* ed una standardizzazione, nati con finalità più economiche che cliniche.

Il doveroso inserimento della salute mentale all’interno del sistema sanitario nazionale e quindi della L.833/78 ha visto da una parte il progressivo adattamento impoverente di un diritto alla salute al prontuario della assistenza erogabile, dall’altra la distorsione di un approccio centrato sulla evidenza e l’appropriatezza a una pura finalità economica. Ne viene fuori una salute mentale che non è più né l’operazione di civiltà e cultura che voleva essere nelle origini, né una operazione di possibile scienza, ma solo la caricatura di entrambe.

Questo ci aiuta a capire la differenza fra l’apparente rispetto dei LEA da parte delle Regioni ed una realtà di grave sofferenza denunciata invece da pazienti familiari. E ci spiega la difficoltà che hanno la evidenza e l’appropriatezza nel dare effettivamente quello di positivo che sarebbe nelle loro possibilità.

Alla fine risulta un approccio banalizzato, ai confini con il senso comune, per la assoluta incapacità di comprendere la complessità dell'individuo. E la attenzione alla persona, trasformata in slogan, diventa quanto più lontano possibile da quello che era il concetto di origine.

Tutto ciò ha ampiamente coinvolto il personale, progressivamente privato della propria autonomia e modificato nei ruoli. Chi si sorprenda del declino di alcune figure professionali a favore di altre (come l'incremento degli OSS nei Servizi di Salute Mentale in Veneto) può scoprire con Cavicchi che nella Legge di Stabilità formulata nel 2015 dal Governo Renzi, il comma 566 prevedeva di togliere alcune competenze ai medici per darle agli infermieri aprendo la strada a strategie delle "competenze avanzate" che permettevano di riformare prassi, ruoli e competenze al puro scopo di ridurre i costi del personale dell'azienda. Un sistema professionale nazionale passava in secondo piano, sostanzialmente affidandolo alla fantasia creatrice (o demolitrice) di ciascuna regione.

Parafrasando Cavicchi si arriva ad una psichiatra "amministrata", lontana dai pazienti e da quanto a loro garantito dall'art 32. A parlare dello stato dei pazienti e dei servizi sui media sono spesso i direttori Sanitari o Sociali delle ASL e non gli operatori, ad ulteriore dimostrazione di una salute mentale svuotata nei suoi contenuti, dove hanno un ruolo dominante gli aspetti amministrativi rispetto alle progettualità specifiche.

In salute mentale troviamo poi ampiamente espressa la crescente tendenza alla privatizzazione di cui ci parla Cavicchi. A fronte di un finanziamento generale della sanità ai privati che si pone sul 20% del FSN, in Veneto ad esempio il finanziamento ai privati in salute mentale supera ormai il 50%.

Alla salute mentale si applica pienamente quanto Cavicchi ci dice su quanto ci ha ulteriormente confermato la pandemia sui soggetti deboli, come gli anziani. Proprio in ragione dei loro bisogni complessi, vanno assistiti con approcci e interventi integrati; alla domanda complessa si risponde con una "offerta complessa" sanitaria e sociale organizzabile solo con l'integrazione fra questi due mondi e garantita solo dal ruolo preponderante e prioritario del pubblico.

Ed ancora una volta l'affermazione del primato del pubblico non ha nulla di ideologico, ma è una questione eminentemente funzionale, dove non si può non vedere che fra pubblico e privato vi sono forti ostacoli che si oppongono ad una reale integrazione e che si possono ricondurre alla differenza incolmabile fra proporre servizi e proporre profitto.

Ed in salute mentale si aggiunge la sostanziale distanza dei privati, siano essi Case di Cura o gestione della residenzialità, dal senso e dalla lettera di quanto diceva la L. 180/78. Alla fine deve essere chiaro che lo stigma e la discriminazione in salute mentale viene riproposta ancora una volta, questa volta delegando ad altri di occuparsi di questo ambito.

Cavicchi si sofferma a lungo sulle modifiche già introdotte a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione e di quelle che si prospetterebbero con l'autonomia differenziata delle regioni.

Già adesso, come mostrano i dati del SISM, ogni Regione ha la propria diversa organizzazione della salute mentale, con diverse risorse disponibili e soprattutto diversi stili di lavoro, talvolta condizionati dalle risorse impiegabili.

Di fatto con la nuova realtà di autonomia differenziata che si prospetta, allo Stato rimarrebbero solo la determinazione dei principi fondamentali, lasciando alle Regioni la piena potestà legislativa sulla organizzazione dei servizi. I principi fondamentali, alla fine sono quelli importantissimi ma scarsamente declinati, della L. 180/78, così come recepita nella L. 833/78: la normativa sul ricovero obbligatorio ed il privilegio per quello volontario, la collocazione dei posti letto negli ospedali generali, la organizzazione dipartimentale delle strutture che dovrebbero privilegiare la cura territoriale; la chiusura dei manicomi, cioè della istituzionalizzazione come risposta.

Già adesso vediamo la fragilità della attuazione di questi principi: quanto ancora siano presenti le tendenze espulsive per la psichiatra da parte dell'Ospedale; la pressione per un uso del TSO come strumento di ordine e protezione sociale più che di cura; l'impoverimento del territorio; la rinascita di soluzioni neomanicomiali. I principi generali non proteggono la tutela della salute mentale ed ancora meno lo faranno quando le Regioni avranno la piena disponibilità legislativa in materia di organizzazione dei servizi.

E non saranno certo i nuovi LEA a garantire una uniformità che non garantiscono nemmeno adesso. È proprio vero che si rischia di assistere alla "l'autonomia dello sfascia carrozze", cioè di coloro che senza un orizzonte riformatore non possono fare altro che sfasciare quello che c'è.

Di fronte questo quadro, le uniche proposte degli operatori sono che la salute mentale venga rafforzata e che ad essa si attribuisca il 5% delle risorse del FSN, cosa peraltro mai avvenuta a livello nazionale in 45 anni, e tantomeno adesso che il SSN è sull'orlo della bancarotta. Sembra che nessuno si accorga che non solo il PNRR si occupa forse

bene di statica degli edifici e telemedicina, ma molto poco della fragilità che la pandemia ha clamorosamente evidenziano, e per nulla di salute mentale.

D'altra parte con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sancita il 21 dicembre scorso sulla "Nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN", la innovazione ed il rafforzamento nella Salute Mentale è posta nel costante richiamo al DPR 1/11/99 (Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000), nuovo di appena 25 anni, negli standard del personale ben lontani dalla strada del 5% e nello sviluppo delle Case di Comunità.

Sarebbero queste le innovazioni con cui la salute mentale si prepara al futuro? Alle Case della Comunità Cavicchi dedica ampio spazio, richiamandone peraltro tutte le contraddizioni, a cui, nell'ambito della Salute Mentale, aggiungo questa: che senso ha creare un altro ambulatorio specialistico nella realtà territoriale comunitaria quando questo era il senso dei Centri di Salute Mentale, così come inteso dai primi progetti obiettivo cui quello stesso documento si richiama? Perché questa dispersione del personale e di progetti? Se veramente si vuole innovare qualcosa, non è più semplice collocare i Centri di Salute Mentale per intero nelle Case della Comunità, ponendo fine a separazioni che hanno solo peggiorato lo stigma, e continuando invece interessanti esperienze di inserimento dei CSM nei Distretti?

Ma alla fine due sono le cose che emergono e che ancora una volta si riallacciano alle riflessioni di Cavicchi.

La prima è quella di una gestione "sine baculo" a livello nazionale, che vola molto basso e dove - basta vedere i provvedimenti approntati al Tavolo Tecnico Nazionale Salute Mentale e che hanno animato la Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale - si sono molto occupati di contenzione, dei pazienti autori di reato, del ruolo della psicoterapia, o della apologia di Basaglia, ma nulla hanno detto o fatto circa lo stato reale dei servizi ed il loro drammatico impoverimento.

E ci si ritrova con la osservazione di Cavicchi che il pensiero *sine baculo* sia convinto che i veri problema non siano lo stato della sanità e di una sua eventuale riforma ma quello di una qualche *moralizzazione*.

E l'altra del perché tutto ciò continui ad accadere nel silenzio, e si lascia che la salute mentale in Italia sia uccisa da una sorta di cinismo incapace.

Andrea Angelozzi
Psichiatra

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

Martedì 04 APRILE 2023

L'Italia nel 2100. Saremo 8,8 milioni di abitanti in meno ma vivremo più a lungo: quasi 9 anni in più gli uomini e 8 anni le donne

Lo scopriamo dai dati di dettaglio di Eurostat che insieme allo [scenario europeo](#) consentono di fotografare anche le singole realtà nazionali. E per l'Italia quello che emerge è una forte tendenza all'invecchiamento e alla riduzione degli abitanti, sicuramente con maggiori bisogni sanitari. Per gli uomini l'aspettativa di vita media alla nascita raggiungerà quasi i 90 anni e per le donne supererà i 93.

L'analisi Eurostat della demografia della popolazione europea, oltre al [confronto generale della situazione continentale di cui abbiamo già parlato](#), consente un'analisi più dettagliata di confronto della situazione dei singoli stati dell'UE 27 e, nella parte in cui analizza la situazione nel dettaglio regionale, per quanto riguarda l'Italia anche delle proiezioni relative alle singole province.

Nel 2100 rispetto al 2022 l'Italia avrà 8.835.609 cittadini in meno, di cui 3.382.337 maschi e 5.453.272 femmine. Gli italiani saranno più vecchi in media di 5 anni (+5,3 i maschi e +4,8 le femmine) e con una speranza di vita alla nascita di 89,9 anni per i maschi (+8,8) e di 93,5 anni per le femmine (+8).

Eurostat nelle sue proiezioni demografiche per l'Europa, mostra per l'Italia una forte tendenza all'invecchiamento e alla riduzione degli abitanti, sicuramente con maggiori bisogni sanitari, visto che i dati indicano anche una maggiore dipendenza degli over 65 rispetto alla fascia di età 15-64 anni: saranno il 26,7 per cento in più nel 2100 a essere "dipendenti" rispetto sempre al 2022.

Un quadro che rende ancora più evidente la necessità di sviluppo di un'assistenza alla popolazione più anziana e, visto l'indice di dipendenza in aumento, anche dell'assistenza domiciliare.

Nazioni	Eurostat: la demografia d'Europa tra il 2022 e il 2100																				
	Popolazione (persone)			Speranza di vita alla nascita (anni)						Età media (anni)						Dipendenza +65 vs 15-64 anni (%)					
	2022	2100	diff.	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		2022	2100	diff.	2022	2100	diff.		
Ue 27 (dal 2020)	446.735.291	410.461.737	-27.273.554	77,8	89,3	11,5	83,3	93,1	9,8	44,4	50,2	5,8	42,8	49,0	6,2	45,9	51,5	5,6	33,0	59,7	26,7
Belgio	11.617.623	12.556.007	938.444	79,5	89,5	10	84,0	93,3	8,7	41,9	49,5	7,6	40,9	48,2	7,3	43,0	50,9	7,9	30,6	57,7	27,1
Bulgaria	6.838.937	5.072.147	-1.766.790	70,5	87,8	17,3	77,7	91,8	14,1	45,1	50,3	5,2	43,2	49,0	5,8	47,1	51,6	4,5	34,0	59,5	25,5
Cecoslovacchia	10.516.707	10.645.893	128.986	75,0	88,8	12,8	81,0	92,6	10,7	43,8	48,4	4,6	42,5	47,7	5,2	45,1	49,2	4,1	32,6	54,1	21,5
Danimarca	5.873.420	6.126.086	252.666	79,0	89,5	9,6	83,0	93,1	9,5	42,3	48,8	6,5	41,1	47,8	6,7	43,4	49,9	6,5	32,0	57,9	25,9
Germania	83.237.124	84.117.337	880.213	79,0	89,4	10,4	83,8	93,0	9,2	45,8	49,0	3,2	44,0	48,0	4,0	47,6	50,0	2,4	34,7	56,9	22,2
Estonia	1.331.796	1.289.504	-42.292	74,3	88,5	14,2	83,0	92,9	9,9	42,0	49,8	7,2	39,0	46,2	9,6	45,8	50,6	4,8	32,3	58,1	25,8
Irlanda	5.060.004	5.871.387	811.383	80,8	89,9	9,1	84,6	93,5	8,9	38,8	50,9	12,1	38,2	46,2	11,0	39,4	52,6	13,2	23,1	60,9	37,8
Grecia	10.459.782	7.282.525	-3.177.257	78,8	89,8	11	84,2	93,3	9,1	46,1	50,3	4,2	44,7	49,1	4,4	47,5	51,5	4,0	35,6	59,9	24,3
Spagna	47.432.893	46.121.447	-1.311.446	80,8	90,0	9,2	86,5	93,8	7,3	45,1	52,3	7,2	44,1	50,4	6,3	48,2	54,2	6,0	30,5	54,3	33,8
Francia	67.871.925	68.042.806	170.881	79,7	89,8	10,1	85,9	93,7	7,8	42,2	49,4	7,2	40,7	47,8	7,1	43,7	51,1	7,4	34,1	59,2	25,1
Croazia	3.862.305	2.822.989	-1.039.616	74,9	88,4	13,5	81,2	92,4	11,2	45,4	52,2	6,8	43,4	51,9	8,5	47,4	52,4	5,0	35,6	63,0	28,0
Italia	59.034.133	50.194.524	-8.835.609	81,1	89,9	8,8	85,5	93,5	8	48,0	53,0	5,0	46,6	51,9	5,3	49,4	54,2	4,8	37,5	65,7	28,2
Cipro	904.705	1.007.739	103.034	80,5	89,7	9,2	84,0	93,1	8,5	38,3	48,0	10,3	37,5	47,5	10,0	39,0	49,7	10,7	24,5	55,6	31,1
Lettonia	1.875.757	1.165.838	-709.919	70,3	87,8	17,5	76,8	92,3	12,5	44,0	50,4	6,4	40,0	46,7	9,7	47,8	51,1	3,3	33,1	59,4	26,3
Lituania	2.805.968	1.775.874	-1.030.324	70,8	87,9	17,1	80,5	92,5	12	44,6	52,6	8,0	41,0	52,9	11,9	47,6	52,3	4,4	30,7	66,2	35,5
Lussemburgo	645.967	997.287	351.870	80,7	89,8	9,1	85,0	93,5	8,5	39,7	50,2	10,5	39,2	46,2	10,0	40,2	51,3	11,1	21,3	59,2	37,9
Ungheria	9.089.010	9.054.057	-34.953	72,5	88,4	15,9	79,3	92,5	13,2	43,9	48,0	4,7	41,8	47,6	5,8	45,8	49,7	3,9	31,7	55,2	23,5
Malta	520.971	759.097	238.126	80,9	89,9	9	84,6	93,5	8,9	40,4	53,3	12,9	39,4	53,2	13,8	41,6	53,5	11,9	28,5	68,2	39,7
Paesi Bassi	17.580.672	18.310.405	729.733	80,3	89,6	9,3	83,8	93,0	8,4	42,7	49,5	6,8	41,7	48,2	6,5	43,7	50,9	7,2	31,1	58,4	27,3
Austria	8.978.929	9.576.926	597.697	79,5	89,5	10	84,2	93,1	8,9	43,6	49,9	6,3	42,1	48,8	6,7	45,2	51,1	5,9	29,4	58,5	29,1
Polonia	37.854.247	29.518.003	-8.136.244	73,2	88,0	15,4	81,3	92,9	11,6	42,0	50,4	8,4	40,3	46,5	9,2	43,7	51,3	7,6	29,3	60,1	30,8
Portogallo	10.352.042	9.951.956	-1.370.986	79,6	89,8	10,2	85,0	93,2	8,2	46,8	50,0	3,2	45,1	48,8	3,7	48,3	51,2	2,9	37,2	58,9	21,7
Romania	19.042.455	14.809.596	-4.432.949	70,9	88,4	17,5	78,8	92,5	13,9	43,5	46,8	6,3	41,7	46,0	7,3	45,3	50,8	5,3	30,3	57,5	27,2
Slovenia	2.107.180	1.050.920	-1.056.360	75,6	89,4	10,9	84,4	93,3	8,9	44,7	50,3	5,6	43,2	49,9	6,7	46,3	50,7	4,4	33,1	58,5	25,4
Slovacchia	5.434.712	4.552.382	-882.330	73,4	88,6	15,2	80,4	92,8	12,4	41,8	48,4	6,6	40,4	47,7	7,3	43,3	49,0	5,7	28,1	56,7	30,6
Finlandia	5.548.241	4.784.869	-763.372	79,0	89,4	10,4	84,1	93,2	9,1	43,4	52,3	8,9	41,9	51,2	9,3	45,0	53,4	8,4	37,4	64,8	27,4
Svezia	10.452.328	13.278.186	2.825.860	81,5	89,8	8,3	85,4	93,4	8,1	40,7	48,2	7,5	39,7	47,3	7,6	41,7	49,1	7,4	32,8	54,8	22,2
Islanda	376.248	624.832	248.584	82,1	90,0	7,9	85,0	93,3	8,3	38,7	49,7	10,9	38,2	49,6	10,4	37,9	49,8	12,5	22,5	58,4	35,9
Norvegia	5.425.270	6.731.829	1.306.559	82,1	90,0	7,9	85,1	93,3	8,2	40,4	49,9	9,5	39,7	49,1	9,4	41,1	50,9	9,8	28,1	58,0	29,9
Swizzera	8.738.791	10.104.311	1.365.520	82,0	90,1	8,1	85,9	93,6	7,7	42,8	49,8	7,0	41,8	48,6	6,8	43,8	51,0	7,2	28,9	57,9	29,0

Come cambierà la popolazione provincia per provincia. Eurostat nei suoi dati indica anche la situazione a livello provinciale (per tutta Europa, ma in questo caso si riportano i dati italiani) e lo fa dal 2019, ultimo anno pre-Covid.

La differenza di popolazione generale è solo di circa 300mila persone e anche gli altri dati sono poco diversi da quelli calcolati rispetto al 2022, ma emergono altre evidenze.

Bolzano da qui al 2100 dovrebbe aumentare i suoi abitanti del +49% (la percentuale rende l'idea dell'aumento/diminuzione più del valore assoluto che è soggettivo in base alla dimensione della provincia) rispetto al 2019 e con lei registrano aumenti più contenuti (tra il 5 e il 20%) altre 11 province: Verona, Parma, Modena, Prato, Gorizia, Milano, Bologna, Piacenza, Ragusa, Brescia, Trento.

Restano uguali Rimini, Trieste e Mantova.

Ma dal -2% di Forlì-Cesena al -56% di Carbonia-Iglesias, tutte le altre province registrano popolazione in calo.

Assieme a Carbonia-Iglesias sono in calo di oltre il 50% altre due province sarde: Medio-Campidano e Oristano.

Tra le maggiori metropoli, se Milano aumenta, Roma cala del -9% e anche le altre città metropolitane sono in calo: Bari -30%, Cagliari -42%, Catania -20%, Firenze -6%, Genova -18%, Messina -40%, Napoli -25%, Palermo -31%, Reggio Calabria -26%, Torino -18%, Venezia -10%.

Saremo di meno ma vivremo più a lungo. Per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita nelle province, tra il 2019 e il 2100 per la popolazione maschile, rispetto a un aumento medio nazionale del +10,3% che porterà la vita media alla nascita per gli uomini a 89,9 anni, aumenta di più a Caserta, Caltanissetta (+12,4%) e Napoli (+12,1%), mentre sul versante opposto, anche se sempre in aumento, ci sono Firenze, Trento, Perugia e Rimini, tutte con il +8,7 per cento.

Per la popolazione femminile invece la media è del +9,4% il che vuol dire una vita media di 93,5 anni per le donne, e aumenta di più nelle province di Siracusa, Napoli (+11,1%) e Ragusa (+10,9%), al contrario aumenta di meno a Treviso (+7,9%), Cagliari (+8%) e Macerata (+8,1%).

Infine, l'età media. Tra il 2019 e il 2100 aumenta in media nazionale del +9,7%, con il picco massimo a Caserta (+20,5%), Napoli (+19,5%) e Barletta-Andria-Trani (+19,1%) e addirittura una diminuzione a Gorizia (-1,2%) e Trieste (-0,2%). Gli aumenti minimi invece si registrano a Imperia (+0,6%), Genova (+1%) e Savona (+1,8%).

Province	Eurostat: la demografia 2019 e 2100 per provincia in Italia											
	Popolazione (persone)			Età media (anni)			Speranza di vita alla nascita (anni)					
	2019	2100	diff.%	2019	2100	diff.%	Maschi		Femmine			
						2019	2100	diff.%	2019	2100	diff.%	
Torino	2.259.523	1.844.613	-18,4	48,4	51,8	7,0	81,9	89,9	9,8	85,0	93,5	8,8
Vercelli	170.911	113.112	-33,8	50,2	52,3	4,2	80,5	89,7	11,4	84,3	93,4	10,8
Biella	175.585	109.051	-37,9	51,2	53,8	5,1	80,8	89,8	11,1	84,7	93,5	10,4
Verbania-Cusio-Ossola	158.349	117.869	-25,6	50,2	52,8	5,2	81,1	90,0	11,0	85,7	93,6	9,2
Novara	399.018	314.179	-19,4	47,7	50,8	6,5	80,8	89,9	11,3	85,3	93,4	9,5
Cuneo	587.098	562.913	-4,1	47,4	49,8	4,6	81,2	89,7	10,5	85,2	93,4	9,6
Asti	214.638	155.760	-27,4	49,2	52,3	6,3	80,9	89,8	11,0	84,6	93,3	10,3
Alessandria	421.284	302.995	-28,1	50,5	52,1	3,2	80,8	89,7	11,3	84,5	93,3	10,4
Valle d'Aosta	125.666	105.175	-16,3	48,0	50,8	5,8	80,3	89,6	11,6	85,4	93,5	9,5
Imperia	213.840	192.608	-9,9	50,7	51,0	0,6	81,1	89,8	10,7	85,0	93,4	9,9
Savona	276.064	205.824	-25,4	51,4	52,3	1,8	81,0	89,8	10,9	85,1	93,6	10,0
Genova	841.180	685.617	-18,5	51,0	51,5	1,0	81,4	89,9	10,4	85,3	93,6	9,7
La Spezia	219.556	195.041	-11,2	50,3	51,5	2,4	81,8	90,0	10,3	85,6	93,6	9,3
Varese	890.768	771.778	-13,4	47,2	51,1	8,3	82,2	90,1	9,6	85,8	93,7	9,2
Como	599.204	537.477	-10,3	46,8	51,3	9,6	82,2	90,1	9,6	85,6	93,7	9,5
Lecco	337.380	282.875	-16,2	47,3	51,5	8,9	82,4	90,2	9,5	86,5	93,8	8,4
Sondrio	181.095	164.755	-9,0	47,7	50,3	5,5	80,4	89,7	11,6	85,9	93,7	9,1
Bergamo	1.114.590	1.087.453	-4,2	45,6	50,7	11,2	82,1	90,1	9,7	86,1	93,6	8,7
Brescia	1.265.954	1.328.026	4,9	45,7	50,1	9,6	81,8	90,0	10,0	86,6	93,7	8,2
Pavia	545.889	480.613	-12,0	48,1	51,1	6,2	80,5	89,7	11,4	85,0	93,4	9,9
Lodi	230.198	211.543	-8,1	46,0	50,8	10,0	81,4	89,8	10,3	85,3	93,4	9,5
Cremona	358.955	342.614	-4,6	47,7	50,8	6,5	81,7	90,0	10,2	85,1	93,5	9,9
Mantova	412.292	410.678	-0,4	47,2	50,3	6,6	81,7	89,9	10,0	85,5	93,7	9,6
Milano	3.250.315	3.516.427	8,2	46,3	49,9	7,8	82,6	90,2	9,2	86,4	94,0	8,8
Monza e della Brianza	873.935	793.548	-9,2	46,6	50,7	8,8	82,7	90,2	9,1	86,2	93,6	8,6
Bolzano-Bozen	531.178	793.254	49,3	44,0	46,8	4,1	82,8	90,3	9,1	86,5	93,8	8,4
Trento	941.098	566.553	-4,7	46,1	49,8	8,0	83,1	90,3	8,7	86,6	93,8	8,3
Verona	926.497	1.114.832	20,3	46,1	49,4	7,2	82,5	90,1	9,2	86,5	93,8	8,4
Vicenza	862.416	795.121	-7,8	46,4	50,6	9,1	81,7	90,1	10,3	86,1	93,8	8,9
Belluno	202.950	160.590	-20,9	49,8	51,7	3,8	81,6	90,0	10,3	85,6	93,6	9,3
Treviso	897.806	847.270	-6,4	46,5	50,6	8,8	82,8	90,2	8,9	86,6	93,8	7,9
Venezia	853.338	771.269	-9,6	46,8	51,0	4,9	82,1	90,1	9,7	85,9	93,7	9,1
Padova	937.908	840.806	-9,4	47,1	51,5	9,3	82,8	90,2	8,9	85,0	93,7	9,1
Rovigo	234.937	151.002	-35,7	50,1	53,7	7,2	80,7	89,7	11,2	85,1	93,4	9,8
Pordenone	312.533	304.026	-2,7	47,3	50,5	6,8	82,8	90,2	8,9	86,1	93,7	8,8
Udine	525.791	415.885	-21,4	46,6	52,5	9,8	81,8	90,0	10,0	85,0	93,8	9,2
Gorizia	139.403	151.547	8,7	49,7	49,1	-1,2	81,1	89,8	10,7	85,6	93,7	9,5
Trieste	234.493	235.490	0,4	50,6	50,6	-0,2	81,8	90,0	10,4	86,0	93,6	8,8
Piacenza	287.152	307.448	7,1	48,1	49,1	2,1	81,7	90,0	10,2	84,9	93,5	10,1
Parma	451.831	510.603	13,1	46,7	50,2	7,5	82,1	90,2	9,9	86,2	93,7	8,7
Reggio nell'Emilia	631.891	479.235	-24,9	45,7	51,1	11,8	82,1	90,0	9,6	85,7	93,6	9,2
Modena	705.393	790.179	12,0	46,5	49,3	6,0	82,9	90,2	8,8	86,1	93,7	8,8
Bologna	1.014.619	1.091.721	7,6	47,6	50,5	6,1	82,4	90,2	9,5	86,3	93,7	8,6
Ferrara	345.891	272.864	-21,1	50,9	52,0	2,2	80,8	89,8	11,0	85,0	93,5	10,0
Ravenna	399.458	351.675	-11,9	46,7	50,8	4,3	82,5	90,2	9,3	86,4	93,9	8,7
Forlì-Cesena	394.627	368.360	-6,7	47,8	50,5	6,1	82,7	90,2	9,1	86,3	93,7	8,6
Rimini	339.017	340.627	0,5	47,0	51,8	9,8	83,0	90,2	8,7	86,4	93,9	8,7
Massa-Carrara	194.878	132.202	-32,2	50,1	53,6	7,0	81,5	89,9	10,3	85,4	93,5	9,5
Lucca	387.876	308.435	-21,0	49,1	52,2	6,3	81,7	90,0	10,2	85,0	93,4	9,9
Pistoia	292.473	277.001	-5,3	48,3	51,0	5,6	82,4	90,1	9,3	86,1	93,8	8,9
Firenze	1.011.349	948.857	-6,2	48,2	51,4	6,6	83,1	90,3	8,7	86,6	93,9	8,4
Prato	257.716	282.653	9,7	46,0	50,2	9,1	82,3	90,1	9,5	85,8	93,7	9,2
Livorno	334.832	297.665	-10,1	49,7	51,6	3,8	81,8	90,0	10,0	85,2	93,6	9,9
Pisa	419.037	339.479	-19,0	47,5	52,0	9,5	82,2	90,1	9,6	85,6	93,6	9,3
Arezzo	342.654	278.762	-19,2	48,2	52,5	8,9	82,4	90,2	9,5	85,7	93,7	9,3
Siena	267.197	242.637	-9,2	48,6	51,3	5,6	82,2	90,1	9,6	85,9	93,8	9,2
Grosseto	221.629	180.836	-18,4	50,2	51,9	3,4	82,2	90,2	9,7	86,1	93,6	8,7
Perugia	658.382	545.627	-16,9	47,8	52,3	9,4	83,0	90,2	8,7	86,3	93,9	8,8
Termi	225.633	153.226	-32,1	49,7	53,5	7,6	82,1	90,2	9,9	86,0	93,6	8,8
Pesaro e Urbino	358.886	276.388	-23,0	47,6	52,7	10,7	82,7	90,3	9,2	86,4	93,7	8,4
Ancona	471.228	372.307	-21,0	47,9	52,6	9,8	82,9	90,2	8,8	86,0	93,8	9,1
Macerata	314.178	243.595	-22,5	47,8	52,2	9,2	82,5	90,2	9,3	86,9	93,9	8,1
Ascoli Piceno	207.179	145.745	-29,7	48,5	53,5	10,3	81,4	90,0	10,6	86,4	93,7	8,4
Fermo	173.800	137.401	-20,9	48,1	52,7	9,6	82,8	90,2	8,9	86,2	93,6	8,6
Viterbo	317.030	235.093	-25,8	47,7	52,6	10,3	80,6	89,6	11,2	84,6	93,4	10,4
Rieti	155.503	95.221	-38,8	48,8	54,7	12,1	82,2	90,2	9,7	86,4	93,9	8,7
Roma	4.342.212	3.969.742	-8,6	46,3	51,8	11,9	82,0	90,1	9,9	86,1	93,7	8,8
Latina	575.254	513.685	-10,7	45,3	50,6	11,7	81,7	90,1	10,3	85,6	93,7	9,5
Frosinone	489.083	383.713	-21,4	46,0	52,9	13,5	81,2	89,9	10,7	85,2	93,6	9,9
L'Aquila	299.031	212.145	-29,1	47,8	52,5	9,8	81,8	90,1	10,1	85,7	93,6	9,2
Teramo	308.052	255.555	-17,0	47,1	52,5	11,5	81,8	90,1	10,1	86,4	93,8	8,6
Pescara	318.909	258.723	-18,9	47,1	52,3	11,0	81,6	90,0	10,3	85,6	93,7	9,5
Chieti	385.588	273.923	-29,0	47,8	53,0	10,9	81,6	90,0	10,3	85,7	93,6	9,2
Isernia	84.379	62.928	-25,4	48,4	51,9	7,2	81,6	90,1	10,4	85,3	93,5	9,6
Campobasso	221.238	146.228	-33,9	47,9	54,2	13,2	80,6	89,8	11,4	85,8	93,8	9,3
Caserta	922.965	774.935	-16,0	42,4	51,1	20,5	79,6	89,5	12,4	84,2	93,3	10,8
Benevento	277.018	182.359	-34,2	46,4	53,2	14,7	80,7	89,9	11,4	85,0	93,5	10,0
Napoli	3.084.890	2.299.616	-25,5	42,5	50,8	19,5	79,9	89,6	12,1	84,0	93,3	11,1
Avellino	418.306	254.984	-39,0	46,2	53,8	16,5	81,0	89,9	11,0	85,2	93,5	9,7
Salerno	1.095.513	812.152	-26,1	45,0	52,3	16,2	80,7	89,9	11,4	84,6	93,5	10,5
Taranto	576.786	337.147	-41,5	46,0	54,1	17,6	81,6	90,0	10,3	85,7	93,4	9,0
Brindisi	392.675	249.650	-36,5	46,4	54,0	16,4	81,7	90,1	10,3	85,1	93,4	9,8
Lecce	795.134	542.247	-31,8	47,0	53,6	14,0	82,1	90,1	9,7	85,8	93,7	9,2
Foggia	622.183	424.358	-31,8	44,8	52,7	17,6	81,1	90,0	11,0	85,5	93,7	9,6
Bari	1.251.994	873.611	-30,2	45,8	52,5	15,1	82,6	90,2	9,2	86,0	93,7	9,0
Barietta-Andria-Trani	390.011	294.806	-23,0	44,0	52,4	19,1	81,9	90,1	10,0	85,1	93,5	9,9
Polenza	384.960	306.369	-20,5	47,4	54,3	14,6	81,0	89,9	9,9	85,5	93,5	9,4
Malera	197.909	137.516	-30,5	46,2	52,8	13,9	81,5	89,9	10,3	86,2	93,7	8,7
Cosenza	705.753	533.989	-24,3	46,1	52,0	12,8	81,3	90,0	10,7	85,3	93,7	9,8
Crotone	174.980	169.421	-2,9	42,8	50,1	17,1	81,5	90,0	10,4	85,0	93,5	10,0
Catanzaro	358.316	235.235	-34,3	45,8	52,6	15,3	81,0	90,0	11,1	84,9	93,5	10,1
Vibo Valentia	160.073	108.528	-32,2	45,1	52,5	16,4	82,0	90,2	10,0	84,6	93,6	10,6
Reggio di Calabria	548.006	403.382	-26,4	44,5	51,2	15,1	81,6	90,0	10,3	84,9	93,5	10,1
Trapani	430.492	330.471	-23,2	45,9	51,4	12,0	80,7	90,0	11,5	84,8	93,5	10,3
Palermo	1.252.588	870.407	-30,5	44,4	51,0	14,9	80,5	89,8	11,6	84,4	93,4	10,7
Messina	626.876	378.060	-39,5	47,0	52,9	12,6	81,0					

quotidiano**sanità**.it

Martedì 04 APRILE 2023

Anche oggi il Ssn rischia di essere sacrificato sull'altare di altre urgenze governative

Sarebbe un errore attribuire la responsabilità delle scelte, e delle non scelte, economiche in materia di sanità pubblica solo e interamente a questo governo ma gli 1,4 mld che il Ministro rivendica con l'ultimo Decreto Bollette, non sono pochi, ma bisogna tenere conto che 1 mld è finito ai produttori di dispositivi medici. Così, si è preferito finanziare chi produce dispositivi piuttosto che coloro che li usano a scopo diagnostico o terapeutico per la assistenza sanitaria dei cittadini.

[L'intervista](#) rilasciata recentemente a Libero dal Ministro Schillaci coglie alcuni dei punti cruciali della crisi del nostro sistema sanitario, oggi più malato di coloro che dovrebbe curare. A cominciare dalla valorizzazione della prevenzione, premessa fondamentale della cura, e dalla necessità di depenalizzare l'evento avverso in sanità, sia per combattere la medicina difensiva, il cui costo è stimato in circa 10 mld/anno, sia perchè, oramai, Italia, Polonia e Messico sono gli unici paesi a prevedere la fattispecie penale. Impegni programmatici che l'Anao Assomed condivide e apprezza, sconsigliando, però, al Ministro l'ennesima crociata sull'appropriatezza prescrittiva, anche perchè non ha portato fortuna ai suoi predecessori.

Sarebbe un errore attribuire la responsabilità delle scelte, e delle non scelte, economiche in materia di sanità pubblica solo e interamente a questo governo. La sanità è stata un bancomat dei Governi di ogni colore, da più di un decennio, ed ha dovuto aspettare la pandemia per registrare un finanziamento vicino alla media dei paesi europei. Un fenomeno che abbiamo da sempre denunciato in tutti i modi, fino alla manifestazione del 2012 a Roma, quando eravamo in 30000 a chiedere maggiori investimenti per il diritto alla cura e il diritto a curare.

Il problema vero è rappresentato dalle scelte politiche, perchè da esse dipende la sostenibilità di un sistema sanitario pubblico, che oggi rischia di essere sacrificato sull'altare di altre urgenze governative, dalla flat tax al ponte sullo stretto, dalla abolizione dell'IRAP alla autonomia differenziata.

Certo, 1 miliardo e 400 milioni, che il Ministro rivendica con l'ultimo Decreto Bollette, non sono pochi, ma bisogna tenere conto che 1 mld è finito ai produttori di dispositivi medici. Mentre, infatti, le OOSS della dirigenza sanitaria del SSN ragionavano con il Ministero della salute su provvedimenti a favore del personale, è giunta la mannaia del MEF a distrarre le risorse da dove realmente servivano per destinarle al pay back dei dispositivi medici. Senza peraltro nemmeno evitare il contenzioso in atto. Così, si è preferito finanziare chi produce dispositivi piuttosto che coloro che li usano a scopo diagnostico o terapeutico per la assistenza sanitaria dei cittadini. È una

La questione della sanità pubblica non è solo sindacale, pur essendo di valenza strategica il numero dei professionisti e loro condizioni di lavoro, ma sociale e politica. Non è un caso che la preoccupazione per la salute pubblica sia diventato oggi il primo problema percepito dai cittadini, quando a giugno era citato tra gli ultimi. Nè è da sottovalutare il rischio che il liquefarsi del SSN produca un disastro sociale e civile di dimensioni oggi inimmaginabili.

Se dovessimo trarre dagli eventi di questi giorni una lezione, semplicemente sommando la scarsità delle risorse investite sul personale del Ssn, e quindi sulla salute dei cittadini, al percorso di regionalismo differenziato che sta volando sulle ali di tecnicismi e diktat politici, dovremmo pensare che la salute degli Italiani non è considerata dal Governo, se non dal ministro Schillaci, un bene pubblico da valorizzare ed un investimento sul futuro del Paese, anche economico, visto che vale 16 punti di PIL.

La domanda che ci poniamo è, allora, semplice, chiara e diretta: il Presidente del Consiglio e il suo Governo sono a favore di un servizio sanitario pubblico e nazionale? O hanno in mente altri modelli organizzativi per tutelare la salute dei cittadini italiani? Per quanto ci riguarda, noi siamo dalla parte di chi difende il servizio di cure pubblico e nazionale. Sempre e comunque.

Perciò, insieme con l'Intersindacale della dirigenza sanitaria chiameremo professionisti e cittadini a scendere in piazza, come è già avvenuto nelle principali capitali europee. Dando vita a una vera e propria vertenza per chiedere risorse e riforme, coinvolgendo la società civile, le istituzioni professionali, le rappresentanze sindacali. Perché questa è una battaglia che interessa tutti, sociale ancor prima che professionale, una battaglia per salvaguardare quell'articolo 32 della Costituzione che, non a caso, definisce "fondamentale" il solo diritto alla salute. E per la stessa unità del Paese, il cui presidio insostituibile è individuato dal Presidente Mattarella proprio nel servizio sanitario nazionale.

Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale Anaa Assomed

quotidiano**sanità**.it

Martedì 04 APRILE 2023

Cara Gimbe, non basta un “piano di rilancio” per salvare la sanità. Serve una vera riforma

Un piano come quello proposto da Gimbe è una lista di ciò che si vuole fare, degli obiettivi cui si mira e dei mezzi coi quali si ritiene di poterli raggiungere. Una riforma invece è un progetto di rinnovamento di una sanità per impedire che essa soccomba sotto il peso delle sue contraddizioni. Come posso pretendere che il piano funzioni se tutte le contraddizioni importanti della sanità restano invariati?

Rispetto al conflitto di interesse vorrei dichiararmi, nei confronti di Gimbe, apertamente di parte cioè sono un suo convinto estimatore ma anche un suo debitore dal momento che per il mio lavoro uso a piene mani regolarmente le sue analisi.

Gimbe è una fondazione di diritto privato con la quale a volte mi è capitato in passato di essere in disaccordo e che per me ha comunque il merito di non farci sentire la debolezza delle nostre massime istituzioni sanitarie che, nonostante la crisi, sono rese praticamente inutili dalle incapacità di chi istituzionalmente dovrebbe usarle al fine di tutelare il bene pubblico.

Strategia e piano

Mi ha fatto riflettere la critica di Cartabellotta che l'altro giorno ha presentato a Bologna il piano di rilancio del SSN ([QS 31 marzo 2023](#)). La sua tesi è chiara: *senza una strategia politica in sanità alla fine tutto si riduce a contigenza per cui serve un piano di rilancio del SSN.*

Da quel che capisco per il mio amico Cartabellotta la strategia è implicita nel piano cioè per lui, piano e strategia, sono la stessa cosa dal momento che il piano corrisponde ad un sistema sanitario dato a priori come invariante quindi che a priori viene comunque confermato in tutte le sue contraddizioni.

Il piano proposto infatti non cambia né la strategia di riforma varata quasi un mezzo secolo fa né il sistema sanitario di riferimento. Tutto resta, nonostante tutto, al suo posto: il privato/pubblico, i livelli istituzionali, i modi del finanziamento, l'organizzazione dei servizi, l'ospedale e il territorio, i lea, ecc.

Gimbe quindi non propone una riforma ma un aggiustamento in corso d'opera. Ribadisco ancora una volta che oggi in sanità, dopo tutto quello che è successo, ridipingere la casa per appigionarla meglio non basta.

Ripensare le strategie non è tabù

Dopo più di mezzo secolo di esperienze negative, di cambiamenti di tutti i tipi, di crisi una peggiore dell'altra, di errori e di cantonate, ma anche di forti limiti culturali nel pensiero riformatore, oggi le strategie compreso quelle implicite nell'art. 32 e nella 833 vanno ripensate.

Per me con i casini che abbiamo le strategie non possono essere un tabù. E poi c'è il resto, cioè la sfida della complessità che la 833 ha accuratamente evitato perché neanche sapeva in cosa la “complessità” consistesse: oggi non puoi fare *one health* restando dentro l'apparato concettuale della 833, come non puoi fare *sostenibilità* senza fare un discorso nuovo sulla salute intesa come ricchezza, come non puoi *rivalutare il lavoro* come se fosse un capitale se prima non cambi i vecchi presupposti che decidono il valore delle prassi e non puoi fare *una nuova sanità* se non si definisce contestualmente una nuova idea di *scienza medica*.

Tutte sfide che la 833 neanche si sognava ma che oggi bussano alla porta.

Sbagli e incapacità

Come ho scritto nel mio ultimo libro a monte del processo riformatore degli anni 70 c'è certamente un grande sogno ma anche un sacco di aporie, un sacco di limiti, di fraintendimenti, di sbagli e un sacco di inevitabile ignoranza. Si dice che non si nasce “imparati” ebbene mai come in sanità questo è vero.

Ribadire quindi una strategia come ha fatto Gimbe a Bologna che, alla prova dei fatti, si è dimostrata comunque fallace e aporetica, non mi pare una buona idea. Poi dedurne addirittura un piano pur apprezzando le buone intenzioni non mi sembra proprio il trionfo della razionalità.

Penso quindi, a differenza di Gimbe, che le strategie di riforma degli anni 70, a parità di valori sia ben chiaro, oggi debbano essere ripensate perché semplicemente non hanno funzionato o non hanno funzionato del tutto o sono state impostate male o sono state tradite come nel caso delle controriforme.

Sull'enorme danno provocato dalle controriforme degli anni 90 quelle che hanno trasformato il diritto fondamentale alla salute in un diritto potestativo, Gimbe tace e non capisco francamente perché. Mi chiedo però come farà a rimuovere certe contraddizioni tra pubblico e privato.

In realtà non mi convince la linea di Gimbe che nel suo piano ritiene che le contraddizioni si disciplinano ma non si rimuovono.

Vengo da un'altra scuola. In sanità ci sono contraddizioni che si possono solo rimuovere e che non possono essere disciplinate ma solo perché non possono essere ammesse.

Effect size ed end point

Le cose sono andate storte quindi si tratta di capire cosa è andato storto e come si rimedia. Per noi che come mestiere pensiamo la sanità si tratta di misurare la forza delle relazioni che:

- intercorrono tra le scelte strategiche fatte dal riformatore nel corso di questi decenni
- e i loro effetti concreti sulla sanità.

Usando il linguaggio della sperimentazione clinica che Cartabellotta conosce molto bene si tratta quindi di riportare gli outcome delle scelte politiche decise con i 'risultati' conseguiti valutando due cose: la 'dimensione dell'effetto' (*effect size*) di quelle scelte e i '*punti di fine osservazione*' (*end point*).

Ebbene è innegabile che in questi anni la sanità ha fatto scelte dalle quali sono venuti fuori rilevanti *effect size* e *end point* molto contraddittori, (privatizzazione, aziendalizzazione, de-capitalizzazione del lavoro, definanziamento, autonomia differenziata, crescita delle ingiustizie e delle diseguaglianze ecc).

Ma se è così allora a che serve fare un piano quando in realtà si dovrebbe fare una riforma? Una quarta riforma.

Un piano non è una riforma

Un piano come quello proposto da Gimbe è una lista di ciò che si vuole fare, degli obiettivi cui si mira e dei mezzi coi quali si ritiene di poterli raggiungere. Una riforma invece è un progetto di rinnovamento di una sanità per impedire che essa soccomba sotto il peso delle sue contraddizioni.

Come posso pretendere che il piano funzioni se tutte le contraddizioni importanti della sanità restano invariati?

E' per questo che da anni anziché parlare di un piano per salvare la sanità pubblica preferisco parlare di una quarta riforma.

Cioè si tratta di chiudere con gli errori del passato e di aprire un nuovo capitolo all'insegna di un nuovo riformismo. Quello che la 833 oggettivamente non poteva immaginare e che da quello che vedo per Gimbe non è ancora accessibile.

Conclusione

A me pare che Gimbe alla quale confermo la mia stima e il mio debito intellettuale cada suo malgrado in una grossa contraddizione: non si può dire che non c'è una strategia politica in sanità e tutto si riduce a contingenza e proporre un piano che più in là della contingenza non riesce ad andare

Ricontrollate l'elenco delle misure proposte e vedrete a parte qualcosina se non è così.

Ivan Cavicchi

Martedì 04 APRILE 2023

Come azzerare i lunghi tempi di rimborso Aifa e trattare subito i pazienti. Senza costi aggiuntivi

Gli attuali quasi due anni per rimborsare un farmaco importante sono inaccettabili dal punto di vista sanitario, sociale ed etico. Ecco alcune proposte, mutuata dalle esperienze francese e tedesca, che consentirebbero di trattare subito i pazienti con zero costi aggiuntivi e senza pressione sui tempi AIFA

Mentre all'AIFA si discute a lungo di come rimborsare quel tal nuovo farmaco, i pazienti intanto attendono, spesso per mesi, le nuove terapie già autorizzate da EMA.

È l'unica grande debolezza della nostra pur ottima AIFA: dal sì di EMA-EU (EPAR) al rimborso SSN da noi occorrono in media quasi 18 mesi (vedi [qui](#)), più una manciata aggiuntiva dalle Regioni.

Scorciare tali tempi è prioritario, dichiarato primo obiettivo della riforma dell'Agenzia da parte del Governo. Sulla riorganizzazione AIFA ("illustri dopolavoristi") ho commentato anche qui su [QS](#).

Ma, assumendo per ipotesi che tali tempi attuali interni di AIFA non siano comprimibili, specialmente dalla futura CSU con metà dei valutatori odierni, qualcosa si potrebbe comunque fare.

Propongo una soluzione che lascia ad AIFA tutto il tempo che le occorre, consente di trattare il giorno dopo l'approvazione EMA tutti i pazienti con quel farmaco rimborsato, a costo aggiuntivo zero per il SSN:

a) Rimborsiamo tutti i nuovi farmaci, NAS-New Active Substance, e quelli di particolare interesse terapeutico o specifiche sue indicazioni, appena approvati da EMA (EU-EPAR), a prezzo libero deciso dal produttore. Così si può iniziare a trattare subito tutti i pazienti in carico al SSN secondo le indicazioni approvate da EMA.

b) Nel frattempo, quel farmaco o indicazione è normalmente negoziato con AIFA per prezzo e rimborsabilità. Senza fretta, tanto i pazienti già possono essere trattati con quel farmaco in carico alla sanità pubblica.

c) Raggiunto l'accordo negoziale, anche dopo 18 mesi come oggi, si conguaglia quanto speso nel periodo a prezzo libero con quanto si sarebbe speso col prezzo finale negoziato: il produttore restituirà l'eccedenza incassata, come se la negoziazione sul prezzo finale fosse stata finalizzata il giorno dopo l'approvazione EU-EMA.

d) Se spaventa il prezzo iniziale libero, nonostante il ripiano col successivo conguaglio, anziché deciso tout-court dal produttore, potrebbe essere definito da un algoritmo AIFA parametrato sui costi della terapia standard corrente, o analoghe, e sulla prevalenza ed incidenza della patologia in oggetto, fermo restando il conguaglio.

Avremmo pazienti trattati subito col nuovo farmaco rimborsato appena approvato da EMA, lasciando ad AIFA tutto il tempo che le occorre, senza costi aggiuntivi per il SSN dato il successivo conguaglio.

I più addentro alle questioni di regolazione dei farmaci avranno intravisto nelle mie suddette proposte pezzi della regolazione sia tedesca (AMNOG) che consente alle NAS sei mesi di prezzo libero, però poi non conguagliato, sia francese (AP2) per innovativi, con previsto conguaglio. Insomma, un selettivo "cherry pick-up" dai due grandi Paesi.

Gli attuali quasi due anni per rimborsare un farmaco importante sono inaccettabili dal punto di vista sanitario, sociale ed etico. Le suddette proposte consentirebbero di trattare subito quei pazienti con zero costi aggiuntivi e senza pressione sui tempi AIFA.

Prof. Fabrizio Gianfrate
Economia Sanitaria

Martedì 04 APRILE 2023

Come ci si sente a essere schierati in una zona colpita da un terremoto: intervista al coordinatore sanitario delle Nazioni Unite a Gaziantep

“In Sudan, India e Pakistan – racconta la dirigente sanitaria dell’Onu, Andreea Afumateanu a capo dello staff presente in Turchia - la paura che provavi era di un tipo che potevi gestire, perché sapevi cosa ti avrebbe portato il giorno successivo e per quanto tempo saresti stato esposto al rischio. E, alla fine, sapevi che saresti tornato in uno spazio sicuro. Qui invece, ovunque tu stia – e non importa se stai in albergo o in tenda – sei sempre esposto a rischi, solo perché sei in questo posto”.

Andreea Afumateanu è abituata a lavorare in situazioni difficili e pericolose. In qualità di capitano del Dipartimento delle operazioni di pace delle Nazioni Unite, è stata coinvolta in operazioni di mantenimento della pace in Sud Sudan, India e Pakistan.

Ma nel suo ruolo di coordinatrice sanitaria delle Nazioni Unite dell'Hub a Gaziantep, in Turchia, l'epicentro del terremoto di magnitudo 7,7 del 6 febbraio, la situazione è sembrata molto diversa.

“In Sudan, India e Pakistan – racconta - la paura che provavi era di un tipo che potevi gestire, perché sapevi cosa ti avrebbe portato il giorno successivo e per quanto tempo saresti stato esposto al rischio. E, alla fine, sapevi che saresti tornato in uno spazio sicuro. Qui invece, ovunque tu stia – e non importa se stai in albergo o in tenda – sei sempre esposto a rischi, solo perché sei in questo posto”.

Normalmente, Andreea lavora come dirigente di una clinica a Bucarest, in Romania, ma nella sua primissima settimana di impiego in Turchia, ha provato cosa si prova a essere colta da un terremoto.

“Siamo arrivati a Gaziantep il 20 febbraio e siamo andati al nostro hotel. Lo stesso giorno, mentre ero nella mia stanza, l'edificio ha iniziato a tremare. Il mio primo pensiero è stato: "Forse non mi sento bene". E poi ho toccato il muro: si stava muovendo e ho capito che era un terremoto. Scesi le scale per unirmi al mio collega. Tutt'intorno a me la gente si muoveva, tenendo le scarpe in mano. Molte persone stavano urlando”.

Andreea racconta come questo terzo terremoto che ha colpito l'area nell'arco di un paio di settimane abbia esacerbato l'ansia e gli effetti sulla salute mentale che i sopravvissuti stanno affrontando.

“Le persone non si fidano più di ciò che li circonda e hanno paura. Hanno bisogno di supporto per la salute mentale a causa delle tante cose che hanno vissuto e delle tante, tante cose che hanno perso – i propri cari, le loro case, le loro auto – e ora vivono nelle tende, in circostanze così anomale”, racconta ancora la rappresentante delle Nazioni Unite.

Dall'inizio dei terremoti, 3,3 milioni di persone sono state sfollate all'interno o all'esterno delle aree colpite, mentre 2,4 milioni di persone vivono in tende o rifugi temporanei. Complessivamente si stima che circa 15 milioni di persone siano state colpite in un modo o nell'altro dal disastro.

Nonostante l'enorme compito di recupero, Andreea è rimasta colpita dalla risposta delle autorità turche e della comunità internazionale a sostegno delle popolazioni colpite.

“Il Ministero della Salute sta facendo un ottimo lavoro nel mobilitare migliaia di personale medico, mentre il nostro compito è integrare i loro progetti con il supporto tecnico e aiutare a coordinare tutti gli sforzi di risposta e identificare ciò che deve essere fatto”, dice Andreea.

“La nostra priorità deve essere quella di mantenere la popolazione al sicuro, garantendo elevati standard di igiene per le persone che soggiornano in alloggi temporanei e assicurando che le persone abbiano un accesso affidabile a cibo e acqua”, aggiunge.

Durante la sua permanenza in Turchia, Andreea ha anche incontrato molti dei team medici di emergenza internazionali (EMT) che sono stati schierati nella regione per supportare il sistema sanitario turco gravemente danneggiato.

Con 28 strutture sanitarie gravemente danneggiate dai terremoti, 82 parzialmente danneggiate e ospedali ancora alle prese con un numero così elevato di vittime, il loro sostegno si è rivelato inestimabile.

“Ho incontrato medici dell'esercito azero a Kahramanmaraş, l'epicentro del secondo terremoto, che stavano lavorando insieme a un EMT del Regno Unito sotto il coordinamento della cellula di coordinamento EMT fornita dall'OMS ad Adana. Hanno svolto un lavoro straordinario e mostrano come la collaborazione e la solidarietà con il popolo turco siano state una caratteristica importante di questa risposta”, racconta ancora la dirigente Onu.

Anche Andreea è rimasta colpita dal popolo turco: “Posso vedere la loro volontà di superare questo disastro, di andare avanti, di ricostruire le loro vite. Non importa la loro età o se sono solo bambini, c'è una sensazione di incredibile resilienza. Mi stupisce che abbiano questa forza per andare avanti”.

Quasi un mese dopo essere arrivata in Turchia, Andreea ora sente che è giunto il momento di tornare a casa sua in Romania. “Anche quando dormo, sogno i terremoti, quindi penso che sia ora che mi prenda una pausa. Ma, naturalmente, sarò felice di tornare a Gaziantep se ci sarà bisogno.”

L'OMS e l'emergenza terremoto in Turchia

Il direttore generale dell'OMS, il dottor **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, e il direttore regionale dell'OMS per l'Europa, il dottor **Hans Henri P. Kluge**, hanno entrambi visitato la Turchia alla fine di febbraio per discutere la risposta in corso.

Hanno incontrato il Ministro della Salute, l'organizzazione nazionale per la risposta ai disastri AFAD, gli operatori sanitari nazionali e internazionali e altre persone colpite dai terremoti.

Durante la loro visita, hanno espresso la solidarietà e le condoglianze dell'OMS alla popolazione colpita, hanno confermato il continuo sostegno dell'Organizzazione e hanno riconosciuto la resilienza della popolazione, in particolare quella degli operatori sanitari.

Come parte della sua risposta, l'OMS:

- ha avviato il più grande dispiegamento di EMT in una zona disastrata nella regione europea dell'OMS nei suoi 75 anni di storia, con team integrati nella risposta sanitaria in corso per fornire cure di emergenza critiche, interventi chirurgici e accesso ai servizi di assistenza primaria, rafforzando al contempo le capacità nazionali di preparazione e risposta (finora gli EMT hanno effettuato oltre 50.000 visite mediche nelle aree più colpite);
- ha fornito formazione psicologica di primo soccorso a 563 dipendenti del Ministero della Salute turco e 913 dipendenti del Ministero della famiglia e dei servizi sociali e ha promosso il benessere mentale degli stessi operatori sanitari fornendo supporto a 785 membri del personale psicosociale di entrambi i ministeri;
- ha prodotto messaggi sulla salute in collaborazione con il Dipartimento per la Promozione della Salute del Ministero della Salute e con il supporto del team di comunicazione del rischio e coinvolgimento della comunità (RCCE) dell'OMS;
- ha spedito circa 23 000 tonnellate di forniture sanitarie vitali, nonché reagenti di laboratorio e trattamenti per scabbia e pidocchi;
- ha lanciato un appello lampo da 84,57 milioni di dollari per la risposta al terremoto in Turchia e in tutta la Siria, invitando la comunità globale a fornire sostegno e speranza a coloro che sono in lutto, traumatizzati e timorosi per il futuro;
- ha stanziato 16 milioni di dollari dal suo Contingency Fund for Emergencies.

Fonte: Oms Europa

Martedì 04 APRILE 2023

Contratto Dirigenza Medica e Sanitaria. Naddeo (Aran): “Lungo e positivo confronto, ottimismo per chiusura rapida”

Il presidente riferisce dell'ultimo incontro al tavolo di trattativa: “Un confronto lungo e produttivo in un clima di positiva collaborazione - in cui sono stati esaminati punto per punto gli articoli della bozza di Contratto, consegnata alle organizzazioni sindacali nel precedente incontro”. Prossimi incontri 12 e 27 aprile.

Si è conclusa all'Aran, dopo quasi cinque ore di confronto, la riunione con i sindacati della dirigenza medica e sanitaria per il Ccnl 2019-21.

“Un confronto lungo e produttivo in un clima di positiva collaborazione - specifica **Antonio Naddeo**, presidente Aran al termine della riunione - in cui sono stati esaminati punto per punto gli articoli della bozza di Contratto, consegnata alle organizzazioni sindacali nel precedente incontro.

In particolare, oggi è stata esaminata tutta la sezione riguardante gli incarichi professionali e una parte delle norme generali sul rapporto di lavoro. Questo - prosegue Naddeo - produce un importante passo avanti per la definizione del testo conclusivo.

Il prossimo incontro è fissato a martedì 12 aprile e si continuerà a esaminare la parte normativa per poi passare alla fase conclusiva della trattativa con la definizione della parte economica del Contratto nella successiva riunione fissata al 27 aprile. Mi sento ottimista rispetto a un positivo confronto anche nelle prossime riunioni per arrivare rapidamente alla chiusura di un testo definitivo, ampiamente condiviso dalle parti” conclude.

quotidiano**sanità**.it

Martedì 04 APRILE 2023

Coperture Enpam per i liberi professionisti: ecco come integrarle

Facciamo il punto sulle coperture Enpam per i liberi professionisti - sanitarie ed infortunistiche - e su come integrarle.

Come molti sapranno l'[Enpam](#) (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri), oltre a garantire – tramite i versamenti contributivi – la pensione futura dei professionisti della medicina, fornisce loro anche coperture di tipo sanitario ed infortunistico. Le garanzie offerte sono differenziate per tipo di inquadramento del medico e dell'odontoiatra. Ci occupiamo di seguito delle coperture Enpam per i liberi professionisti. Vediamo inoltre come sia possibile integrarle tramite polizze assicurative personalizzate.

L'Enpam e i liberi professionisti

Prima di entrare nel merito delle garanzie sanitarie ed infortunistiche, è bene riepilogare quanto versano (e come) i liberi professionisti alla propria cassa previdenziale. Di seguito presentiamo, semplificando, le due principali forme contributive che riguardano i medici lavoratori autonomi.

La Quota A

Innanzitutto tutti i medici e gli odontoiatri – qualsiasi sia il loro inquadramento – sono tenuti a versare una quota base, detta “Quota A“, per la propria pensione. In sintesi, gli attuali importi annuali sono:

€128,87 per gli studenti;

€258,73 per gli under 30;

€500,26 dai 30 ai 35 anni;

€938,75 dai 35 ai 40 anni;

€1.733,72 dai 40 anni fino all'età di pensionamento.

Infine, va considerato il contributo di maternità, adozione e aborto, pari ad €69,70 euro.

La Quota B

La cosiddetta “Quota B” è il versamento contributivo che i medici e gli odontoiatri liberi professionisti devono effettuare calcolato sui redditi dell'anno precedente. L'aliquota applicata è del 19,50% sino a €103.055,00 di redditi da lavoro autonomo (al netto delle spese); l'aliquota scende all'1% sull'eventuale eccedenza.

L'inabilità temporanea per i liberi professionisti

L'indennità per inabilità temporanea è prevista, per i medici liberi professionisti, se si hanno almeno tre anni di iscrizione e versamento in Quota B. Essa parte dal 31° giorno dalla data dell'infortunio o della malattia, per un massimo di 24 mesi e corrisponde all'80% del reddito dichiarato, con un massimo di €167,00 al giorno.

Per i neoiscritti alla Quota B, da un anno a tre anni, è previsto invece un sussidio a partire dal 61° giorno, pari ad €33,50 al giorno, per un massimo di 365 giorni.

Long Term Care

Tutti i medici e gli odontoiatri hanno inoltre, di default, una copertura per la perdita dell'autosufficienza (LTC). La garanzia scatta quando non si è più in grado di svolgere 3 attività della vita quotidiana su 6: lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, mobilità, spostarsi. L'assegno corrisposto è di €1.200,00 l'anno.

Salutemia

[Salutemia](#) è la società di mutuo soccorso che garantisce a tutti i medici e gli odontoiatri alcune coperture sanitarie. Il Piano sanitario base, obbligatorio per tutti i medici e gli odontoiatri, prevede coperture per:

gravi eventi morbosi;

grandi eventi chirurgici;

alta diagnostica;

assistenza alla maternità;

prevenzione dentale;

screenings preventivi.

E' possibile ampliare tali coperture acquistando però diversi pacchetti integrativi, sia per sé che per il proprio nucleo familiare.

Come integrare le coperture Enpam

Vediamo adesso come è possibile integrare le coperture fornite da Enpam ai medici ed odontoiatri liberi professionisti.

Innanzitutto, in relazione agli infortuni, va evidenziato che non è presente alcuna garanzia caso morte, né di invalidità permanente. Due coperture, queste, piuttosto importanti quando si è i principali portatori di reddito in famiglia. E' assente anche un rimborso dedicato alle spese sostenute "post trauma": dall'acquisto/noleggio di tutori o apparecchi per la deambulazione alla fisioterapia. L'unica spesa a seguito di infortunio che risulta coperta (al netto dei "grandi interventi") è la ricostruzione dentaria (con una somma assicurata pari ad €2.580,00 annui). Ricordiamo infine che l'indennità per inabilità temporanea ha una franchigia di ben trenta giorni, che non è poi così poco. In merito alle garanzie sanitarie, nel Piano base non risultano coperti i piccoli interventi e le visite specialistiche, così come non è prevista alcuna indennità da ricovero.

Una consulenza assicurativa personalizzata sui temi malattia ed infortunio, come quelle generalmente proposte dallo staff di [SanitAssicura](#), potrebbe consentire al professionista di incrementare le proprie tutele, trovando le adeguate soluzioni alle proprie necessità.

Riccardo Cantini

Martedì 04 APRILE 2023

Diritto all'oblio oncologico. Fondazione Aiom: "Il Ddl del Cnel venga approvato in tempi rapidi"

Il riconoscimento del diritto all'oblio oncologico permetterebbe alle persone guarite da un tumore, di riprendere la propria vita senza subire discriminazioni. Beretta: "Chiediamo ai Presidenti di Camera e Senato e alla Presidente del Consiglio di approvare questa norma, in un gesto di cura e ascolto verso un milione di italiani guariti"

“Siamo molto soddisfatti dell'alto numero di persone raggiunte con la campagna di comunicazione #iononsonoilmiotumore promossa da Fondazione Aiom e ringraziamo il Cnel che ha presentato [un disegno di legge per il Diritto all'oblio oncologico](#), per l'attenzione che ha dedicato a questo bisogno molto sentito in tutta la popolazione di malati, ex pazienti, familiari e caregiver. Ora che questa legge è arrivata in Parlamento non è più solo una speranza, ma può e deve diventare realtà: per questo chiediamo ai Presidenti di Camera e Senato e alla Presidente del Consiglio di approvare questa norma, in un gesto di cura e ascolto verso un milione di italiani”.

Questo l'appello lanciato alle istituzioni da **Giordano Beretta**, Presidente **Fondazione Aiom**. Il riconoscimento del diritto all'oblio oncologico permetterebbe alle persone guarite da un tumore, di riprendere la propria vita senza subire discriminazioni. Oggi, infatti, per richiedere molti servizi, come la stipula di assicurazioni e l'ottenimento di mutui, è necessario dichiarare di aver avuto il cancro, anche se si è già guariti, con conseguenti difficoltà (rifiuti, premio incrementato).

“Dobbiamo seguire l'esempio virtuoso di Francia, Lussemburgo, Belgio, Olanda, Portogallo e Romania, che hanno già emanato una legge a tutela dei cittadini guariti dal cancro – ha aggiunto Beretta – ogni neoplasia richiede un tempo diverso perché chi ne soffre sia definito 'guarito': per il cancro della tiroide sono necessari meno di 5 anni dalla conclusione delle cure, per il melanoma e il tumore del colon meno di 10. Molti linfomi, mielomi e leucemie e i tumori della vescica e del rene richiedono 15 anni. Per essere guariti dalle malattie della mammella e della prostata ne servono fino a 20. Il riconoscimento del diritto rappresenta la condizione essenziale per il ritorno a una vita dignitosa”.

“Grazie alla ricerca e all'innovazione tecnologica, il numero di persone che guariranno dal cancro aumenterà nel prossimo futuro – spiega **Francesco Riva**, Consigliere Cnel e autore della proposta –. Per questo abbiamo ritenuto necessario portare questo progetto in Parlamento, perché se ne parli e si proceda a un'iniziativa legislativa in grado di offrire supporto e tutela a tutti i pazienti di oggi e domani. È fondamentale riempire questo vuoto normativo in tempi stretti, perché dopo 5 anni da un tumore pediatrico e 10 da una malattia dell'età adulta si possa essere finalmente considerati guariti anche dalla burocrazia.”

“Esprimiamo tutta la nostra gratitudine a Tiziano Treu, Presidente Cnel, e Francesco Riva, Consigliere – aggiunge **Saverio Cinieri**, Presidente Aiom –. Il loro sostegno è stato decisivo per permettere a questa richiesta di arrivare ai grandi organi istituzionali. Ora a loro non resta che approvarla, in un gesto di civiltà, per farla diventare legge a tutti gli effetti. Chiediamo che questo avvenga rapidamente, perché non si affievolisca la luce su questa importante iniziativa e perché gli ex pazienti non debbano più aspettare per vivere la vita che meritano”.

Martedì 04 APRILE 2023

Infertilità. Nel mondo colpisce una persona su sei. Oms: "Pochi finanziamenti pubblici per cure e Pma e chi ha poche risorse o rinuncia o si impoverisce per diventare genitore"

E' quanto emerge da un nuovo rapporto Oms che rileva come Circa il 17,5% della popolazione adulta nel mondo soffre di infertilità. Attualmente, nella maggior parte dei paesi, i trattamenti per la fertilità sono in gran parte finanziati di tasca propria, spesso con costi finanziari devastanti. Per questo è urgente aumentare l'accesso alle cure per la fertilità a prezzi accessibili e di alta qualità per chi ne ha bisogno. [IL RAPPORTO](#).

Circa il 17,5% della popolazione adulta - circa 1 su 6 in tutto il mondo - soffre di infertilità, dimostrando l'urgente necessità di aumentare l'accesso alle cure per la fertilità a prezzi accessibili e di alta qualità per chi ne ha bisogno. Lo rileva un nuovo rapporto dell'Oms.

Le nuove stime mostrano una variazione limitata nella prevalenza dell'infertilità tra le regioni. I tassi sono comparabili per i paesi ad alto, medio e basso reddito, indicando che questa è una delle principali sfide per la salute a livello globale.

La prevalenza una tantum era del 17,8% nei paesi ad alto reddito e del 16,5% nei paesi a basso e medio reddito.

"Il rapporto rivela un'importante verità: l'infertilità non discrimina", ha affermato il dottor **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, direttore generale dell'OMS.

"L'enorme percentuale di persone colpite – ha aggiunto - mostra la necessità di ampliare l'accesso alle cure per la fertilità e garantire che questo problema non sia più messo da parte nella ricerca e nella politica sanitaria, in modo che siano disponibili modi sicuri, efficaci e convenienti per ottenere la genitorialità per coloro che lo cercano".

L'infertilità è una malattia del sistema riproduttivo maschile o femminile, definita dal mancato raggiungimento di una gravidanza dopo 12 mesi o più di rapporti sessuali regolari non protetti. Può causare disagio, stigma e difficoltà finanziarie, influenzando il benessere mentale e psicosociale delle persone.

Nonostante l'entità del problema, osserva l'Oms, "le soluzioni per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'infertilità, comprese le tecnologie di riproduzione assistita come la fecondazione *in vitro*, rimangono sottofinanziate e inaccessibili a molti a causa dei costi elevati, dello stigma sociale e della disponibilità limitata".

Attualmente, nella maggior parte dei paesi, i trattamenti per la fertilità sono in gran parte finanziati di tasca propria, spesso con costi finanziari devastanti. Le persone nei paesi più poveri spendono una percentuale maggiore del loro reddito in cure per la fertilità rispetto alle persone nei paesi più ricchi e i costi elevati spesso impediscono alle persone di accedere ai trattamenti per l'infertilità o, in alternativa, possono catapultarle nella povertà come conseguenza della ricerca di cure.

"Milioni di persone affrontano costi sanitari catastrofici dopo aver cercato cure per l'infertilità, rendendo questo un importante problema di equità e, troppo spesso, una trappola della povertà medica per le persone colpite", ha affermato la dott. **Pascale Allotey**, direttore del Programma speciale delle Nazioni Unite per la ricerca, lo sviluppo e la formazione alla ricerca sulla riproduzione umana (HRP).

"Migliori politiche e finanziamenti pubblici – ha aggiunto - possono migliorare significativamente l'accesso alle cure e proteggere le famiglie più povere dal cadere in povertà".

In proposito l'Oms ha finanziato anche un'altra ricerca pubblicata sulla rivista [Human Reproduction Open](#) nella quale sono stati valutati i costi associati ai trattamenti per l'infertilità nei paesi a basso e medio reddito.

Questa analisi ha rilevato che i costi medici diretti pagati dai pazienti per un singolo ciclo di fecondazione in vitro (IVF) sono spesso superiori al reddito medio annuo, il che indica costi proibitivi per la maggior parte delle persone in queste parti del mondo.

quotidiano*sanità*.it

Martedì 04 APRILE 2023

Guardando al cantiere della sanità come due *umarèll*

***Umarèll* è entrato nell'edizione 2021 del vocabolario Zanichelli, con la [seguinte definizione](#): “pensionato che si aggira, per lo più con le mani dietro alla schiena, presso i cantieri di lavoro, controllando, facendo domande, dando suggerimenti o criticando le attività che vi si svolgono”**

Quotidiano Sanità è da sempre un cantiere aperto sui temi della sanità pubblica italiana e noi con spirito da veri *umarèll* ne siamo frequentatori appassionati. *Umarèll*, per inciso, è entrato nell'edizione 2021 del vocabolario Zanichelli, con la [seguinte definizione](#): “pensionato che si aggira, per lo più con le mani dietro alla schiena, presso i cantieri di lavoro, controllando, facendo domande, dando suggerimenti o criticando le attività che vi si svolgono”.

La passione per la sanità pubblica e la lunga esperienza di lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ci spingono a fare qualche considerazione sulla attuale drammatica crisi della nostra sanità senza ovviamente alcuna pretesa di esaustività.

Nel cantiere di QS ci sono molti altri ad aggirarsi, sia *umarell* come noi (in realtà la maggioranza e questo dovrebbe far pensare) che altri tuttora in servizio, e ci pare che nel cantiere si parlino linguaggi molto diversi tra loro. Il nostro linguaggio è comune a chi, per usare l'espressione usata da Roberto Polillo in un suo [recente intervento](#), ritiene che serva “una rivoluzione copernicana basata su proposte concrete e su modelli alternativi di funzionalità dei servizi”, dove, nella nostra interpretazione, per rivoluzione copernicana si intende la scelta di considerare la sanità un tema complesso ad alta evolutività in cui è inutile cercare la “grande riforma” definitiva, scegliendo la strada dei continui aggiustamenti sulla base, appunto, di proposte concrete.

Un tentativo di ragionare in questi termini lo abbiamo ritrovato ad esempio, oltre che nel già citato intervento di Polillo, in un [recente intervento di Filippo Palumbo](#), nell' [appello del Movimento per la sanità pubblica](#) “La sanità pubblica è sotto attacco. Difendiamola” e nel [“Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale” della Fondazione GIMBE](#).

Per quanto riguarda la ricostruzione della storia e delle criticità del nostro SSN fino alla pandemia crediamo che il miglior riferimento sia il libro “Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale” di Francesco Taroni, cui si deve l'immagine del SSN come un calabrone che secondo le leggi della fisica non dovrebbe volare, ma per lungo tempo ce l'ha fatta a volare. Una interessante recensione del libro di Stefano Cagliano si può leggere [qui](#). Poi la pandemia ha fatto valere le leggi non della fisica, ma della politica, e il SSN non vola più. Per cui saltiamo la parte storica e ci concentriamo sulle misure che sono state proposte negli interventi, documenti e appelli già citati per la difesa e il rilancio del SSN.

Non ci proviamo nemmeno a tentare una sintesi di queste proposte, che prese nel loro insieme forniscono una buonissima base di discussione e confronto, ma ci limitiamo a qualche considerazione sulla “natura” del loro contenuto.

A fronte di alcune proposte comuni a tutti (come l'aumento del finanziamento del SSN, l'investimento sul personale e il no all'autonomia differenziata) l'impostazione di Polillo privilegia gli interventi sugli assetti istituzionali rispetto ai quali propone, ad esempio, misure fortemente innovative ed estremamente interessanti a livello sia della governance nazionale, dove prevede un ruolo diverso del Ministero della Salute, che della governance, regionale, dove prevede una maggiore valorizzazione dei comuni singoli o associati, e della governance delle Aziende Sanitarie, dove propone di sostituire l'attuale “regime dispotico e solipsistico” che le governa con una conduzione collegiale.

Polillo propone poi un unico contratto di filiera in cui fare confluire, fatte salvo alcune specificità, tutti gli operatori pubblici o privati che siano, compresi i medici di medicina generale e un maggior ruolo della partecipazione di

cittadini e operatori.

Gli altri interventi introducono altre proposte centrate sia sugli aspetti programmatici e organizzativi (come il potenziamento delle attività territoriali sia di prevenzione che distrettuali, la preparazione del sistema sanitario al possibile rischio di nuovi eventi pandemici e la revisione del ruolo del privato accreditato), che su aspetti di tipo politico-amministrativo (come la revisione dei sistemi di partecipazione alla spesa e degli strumenti della sanità integrativa e il periodico aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, LEA) e gestionali (come la lotta alle inefficienze e gli sprechi).

A fronte di questo già ricchissimo ventaglio di osservazioni e proposte vorremmo dare anche noi dei suggerimenti da bravi umarells, scegliendo cinque aspetti che ci sembra non siano stati adeguatamente sottolineati.

Si tratta di suggerimenti di approfondimento visto che, al pari di tutte le altre proposte citate sin qua, un conto è enunciare una criticità e quindi una opportunità e un conto è svilupparne l'analisi fino ad arrivare ad una proposta strutturata al riguardo.

Il primo punto è la timidezza con cui è stata affrontata una questione che nella nostra esperienza è relevantissima: la revisione delle reti ospedaliere pubbliche, ridondanti nella stragrande maggioranza delle Regioni e come tali vero ostacolo allo sviluppo dei servizi territoriali. Ridondanti non come numero di posti letto (che almeno per l'area medica vanno anzi aumentati almeno fino a che i servizi territoriali non si saranno finalmente sviluppati), ma come numero di strutture ospedaliere. Le continue citazioni del numero di ospedali pubblici tagliati ogni volta che esce il nuovo Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbero tener conto del fatto che nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di piccole strutture, ormai diventate insicure e lontane dagli standard non solo del DM 70, ma anche del buon senso clinico-organizzativo.

La revisione del DM 70 va fatta presto e con coraggio non per "tagliare", ma per trovare strade nuove alla riorganizzazione degli ospedali che concentrino il più possibile l'attività chirurgica e della grande emergenza e rendano invece ancor più capillare la distribuzione delle strutture ospedaliere a specifica ed esclusiva vocazione internistico-geriatrica. Quanto alle strutture ospedaliere private vanno anch'esse coraggiosamente ridefinite nel nuovo DM 70 in modo da togliere loro il privilegio di area protetta, protetta dalle urgenze e dalla complessità.

Il secondo punto è la questione della sanità delle Regioni del Mezzogiorno in perenne sofferenza, come dimostrano i dati del monitoraggio dei LEA, i dati di mobilità ma soprattutto le condizioni di sofferenza in cui versano i cittadini e l'aumento di coloro che rinunciano a curarsi. Anche qui ci vuole un piano straordinario specifico, tutto, o in gran parte, da scrivere, che affronti il tema in un modo diverso rispetto al passato che tenga conto della sua straordinaria complessità.

Leggiamo con attenzione gli interventi appassionati e competenti di Ettore Jorio al riguardo, come [l'ultimo di pochi giorni fa](#) in cui viene sottolineato, ci pare molto opportunamente, il rischio di banalizzazioni quando si parla di sanità malata, specie del Mezzogiorno. Al riguardo una sola cosa vogliamo evidenziare: più che della troppa mobilità ospedaliera (dato strutturale che richiederà molto tempo sanare, se mai ci si riuscirà del tutto) dovrebbe preoccupare la immobilità territoriale, e cioè la difficoltà in molte Regioni del Mezzogiorno di far crescere i servizi distrettuali e di prevenzione. Forse è a questi che occorrerebbe guardare prima, anzi subito.

Il terzo punto riguarda la sostanziale irrilevanza delle Università e in particolare delle Facoltà di Medicina e Chirurgia nel dibattito nazionale e regionale sulla crisi del SSN. I Centri Universitari di Ricerca e Formazione più attivi in sanità sono infatti quasi tutti di estrazione economico-sociale. Ci sfugge come possa essere questo tipo di Facoltà di Medicina e Chirurgia la sede in cui formare a nuovi modelli culturali, professionali e organizzativi di tutela della salute. L'Università come campo neutro di formazione dei professionisti sanitari ci sembra un modello da superare.

Un quarto punto riguarda la variabilità degli assetti del livello regionale del SSN. Una variabilità che ha annullato, ad esempio, il ruolo fondamentale della epidemiologia nella maggioranza delle Regioni, nonostante l'epidemiologia sia evidentemente una disciplina centrale nell'accompagnamento dei processi di evoluzione del SSN, in termini di selezione delle priorità e di valutazione degli interventi. La stessa variabilità che fa sì che spesso gli investimenti tecnologici seguono nelle Regioni più i bacini elettorali degli Assessori che non le analisi della health technology assessment. Le sei emodinamiche programmate nelle Marche per un milione e mezzo di abitanti sono, crediamo, un esempio illuminante.

Il quinto e ultimo punto riguarda la domanda: ma chi è il invitato di pietra del dibattito sulla sanità che anima QS? Chi lo legge, o ancor meglio, chi pensiamo possa e debba mettere mano alla sintesi delle indicazioni che emergono dal dibattito e istruisca il percorso di difesa e rilancio del SSN? Il Ministero della Salute a leggere il suo [Atto di](#)

[indirizzo 2023](#) dovrebbe essere in grado di farlo. Ma l'esperienza di monitoraggio della erogazione regionale dei LEA (giudicata praticamente da tutti gli interventi citati fortemente inadeguata) non sembra confortare questa affermazione. Non è il caso di pensare a qualcos'altro che affianchi il Ministero in questa fase così delicata per il nostro SSN?

P.S. Siamo d'accordo col Collega [Antonio Panti](#) sulla opportunità e urgenza di una giornata di protesta nazionale per la sanità pubblica di tutti gli operatori del SSN, dipendenti e non, appartenenti a tutte le professioni sanitarie. Sarebbe un gran bel segnale per una gran brutta situazione.

Giuseppe Zuccatelli e Claudio Maria Maffei

Martedì 04 APRILE 2023

Malattia renale cronica: colpisce il 10% degli italiani e assorbe il 3% del Fsn. Società scientifiche, pazienti e politica insieme per un nuovo documento di indirizzo

L'ultimo Documento di indirizzo sulla MRC risale al 2014. Le nuove linee di indirizzo allo studio della Società Italiana di Nefrologia in sinergia con le Società Scientifiche e i pazienti. Parola d'ordine prevenzione e presa in carico precoce.

Meno dialisi, più salute renale. E' con questo obiettivo generale che sono stati inaugurati in Senato i lavori preliminari per l'aggiornamento del Documento di indirizzo sulla **Malattia Renale Cronica** (MRC), la più frequente malattia cronico-degenerativa nel nostro Paese. Circa il 10% della popolazione italiana ne soffre, ma nella maggior parte dei casi non ne è consapevole. Questo perché è una malattia per lo più asintomatica fino agli stadi avanzati, cosa che comporta una diagnosi spesso tardiva e, di conseguenza, terapie meno efficaci.

In occasione di un evento nella sala Capitolare, promosso dalla Società italiana di Nefrologia (SIN) su iniziativa del Senatore Ignazio Zullo, capogruppo di FDI in Commissione Sanità di palazzo Madama, è stata scattata una fotografia dell'attuazione dei PDTA esistenti e si è fatto il punto per l'aggiornamento delle linee di indirizzo della Malattia Renale Cronica in sinergia con il ministero della Salute, la Federazione delle società medico-scientifiche italiane (FISM), la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) e l'Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e trapianto (ANED).

L'ultimo Documento di indirizzo sulla MRC risale al 2014 (con l'approvazione della Conferenza Stato-Regioni), per cui si è reso necessario un aggiornamento, considerati anche i costi particolarmente elevati che la MRC determina dal punto di vista economico, sociale e umano. Nella fase terminale della malattia, infatti, è necessario intervenire con le terapie sostitutive, la dialisi e il trapianto, che hanno un impatto importante sulla qualità di vita dei cittadini, richiedono una complessa organizzazione e comportano ingenti costi sanitari.

“La malattia renale cronica – ha ricordato **Stefano Bianchi**, presidente della Sin, nel corso dell'evento, intitolato ‘Sfide ed obiettivi per una nuova presa in carico della Malattia renale cronica’ - assorbe oltre il 3% dell'intero finanziamento del nostro SSN. Risulta pertanto evidente la necessità di un forte impegno collettivo nella prevenzione e nella diagnosi precoce della MRC, che va ricercata attivamente, con esami semplici e poco costosi, a partire dalle popolazioni più a rischio come diabetici, ipertesi, cardiopatici, obesi. Dobbiamo quindi proporci come attori di una inversione di tendenza e di un atteggiamento ‘proattivo’, sviluppando e implementando programmi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e adeguato trattamento, che oltretutto oggi si avvale di nuove terapie, efficaci e sicure. Questa è la strada da percorrere per andare verso un mondo con sempre meno dialisi e sempre più salute renale: un investimento a lungo termine, tenendo anche conto che la malattia renale si accompagna a un notevole aumento di morbilità e mortalità cardiovascolare. Questo incontro è stato un momento importante di confronto fra il mondo politico, i professionisti, le società scientifiche e le associazioni di pazienti, che assieme hanno voluto affrontare un tema così rilevante come quello della malattia renale cronica, soprattutto nell'approccio preventivo primario di diagnosi precoce. Il documento che la Società italiana di Nefrologia sta apprestandosi ad elaborare andrà a sostituire il precedente del 2014 e darà la possibilità di mettere per iscritto tutte le novità in termini soprattutto terapeutiche: c'è una nell'ambito della nefrologia oggi una disponibilità di farmaci sicuri ed estremamente efficaci, nemmeno pensabili fino a pochi anni fa. Per utilizzarli dobbiamo fare diagnosi precoce. Non dobbiamo attendere la malattia nei nostri ospedali”.

I lavori in Senato hanno evidenziato lo stato di attuazione delle linee guida di indirizzo a livello regionale e delineato interventi di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico efficace della MRC. Il senatore **Ignazio Zullo** ha aperto i lavori e ribadito il ruolo delle Istituzioni per la sensibilizzazione dei cittadini e degli stessi professionisti della sanità, con l'obiettivo di favorire l'identificazione precoce dei pazienti e l'approccio terapeutico più adeguato,

così da ridurre in modo significativo la necessità di dialisi e trapianto renale. “Non sempre lo strumento giusto nelle mani della politica sono le leggi – ha spiegato – non si possono fare norme su tutte le patologie esistenti e a volte ci sono percorsi più agevoli attraverso i quali puntare i riflettori su un problema. Ho presentato in Parlamento un’interrogazione sulla malattia renale cronica volta a capire se il ministero della Salute sia pronto per l’emanazione di linee guida che dovranno poi essere condivise e applicate diffusamente su tutto il territorio nazionale, soprattutto dai medici di medicina generale, con esami molto semplici del sangue e delle urine, che possono captare e aiutare a prevenire questa malattia che, se diagnosticata nel primo stadio, diventa reversibile. Quando invece progredisce si finisce in dialisi o al trapianto. Abbiamo bisogno di sviluppare un dibattito e di elevare le sensibilità non solo tecnico-professionali, ma anche culturali e di coscienza”.

Valeria Mastrilli, membro del tavolo tecnico Ministeriale che ha lavorato al documento, dirigente medico dell’Asl Roma 2, ha ricordato che “a marzo 2021 è stato istituito un tavolo di lavoro per rivedere il documento già prodotto nel 2014 sulla malattia renale cronica, per cui gli obiettivi poter individuare ulteriori azioni per facilitare l’uso e la costruzione di Pdta nelle regioni. Sono stati poi istituiti cinque sottogruppi che stanno al momento lavorando per produrre le loro parti del documento e in una successiva riunione saranno poi rielaborate queste parti per creare un documento unico. Nel frattempo è stato già somministrato e inoltrato alle Regioni un questionario per una ricognizione dello stato dell’arte riguardo quelli che sono i percorsi per la malattia renale cronica”

Per **Loreto Gesualdo**, presidente della Fism, “oggi abbiamo acceso i riflettori sulla necessità di disegnare un “percorso preventivo, diagnostico e assistenziale per la MRC applicabile a tutte le realtà regionali italiane e di colmare grazie all’utilizzo delle piattaforme e-health l’attuale mancanza di integrazione ospedale-territorio e multidisciplinarietà. Fare diagnosi precoce nella malattia renale cronica è veramente facile. Bastano due esami, un esame di sangue, un esame delle urine, il dosaggio della creatinina che ci permette di calcolare il CFR e il calcolo della CRC o del rapporto albumina creatinina a livello urinario: test dal basso costo, ma dall’altissimo valore diagnostico”.

“Per ridurre il numero di casi d’insufficienza renale – ha aggiunto **Gaetano Piccinocchi**, membro del Comitato Nazionale, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) - è necessario intervenire sulla malattia renale fin dalle sue fasi più precoci, all’interno di un percorso strutturato e condiviso fra specialisti diversi (nefrologi, cardiologi, diabetologi, etc.) e medici di medicina generale. È sul territorio quindi che deve nascere una strategia d’intervento attivo”. Secondo **Piergiorgio Messa**, past president della SIN, criticità ed eventuali soluzioni relative alla MRC presuppongono “una revisione del modello organizzativo sanitario, che da una parte rinforzi la rete territoriale e dall’altra renda possibili le azioni diagnostiche, terapeutiche, informative e organizzative delle attività nefrologiche, il che confligge con la riduzione numerica degli specialisti nefrologi che rischia di compromettere qualsiasi programmazione. Oggi abbiamo a disposizione nuovi farmaci particolarmente efficaci nel rallentare la progressione della gran parte delle malattie renali croniche e quindi come tali sicuramente entreranno nelle prossime linee guida come dei cardini delle nuove terapie, da implementare al più presto possibile”.

Antonio Santoro, direttore scientifico dell’Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e trapianto (ANED), ha invece parlato dei bisogni insoddisfatti dei pazienti: “Purtroppo il paziente con malattia renale cronica ha una vita di sofferenza in tutto il suo iter, perché è una patologia che evolve quasi sempre inesorabilmente verso quella che è una disfunzione di carattere conclamato dei reni. E’ sempre più importante quindi una strategia complessiva di prevenzione che comprenda un intervento multisettoriale e un’azione su fattori di rischio e determinanti. In particolare, si sofferma sull’adozione di strategie che mirino a contrastare i fattori di rischio modificabili e sulla diagnosi precoce, attraverso l’identificazione di quelle condizioni che rappresentano i fattori di rischio intermedi”.

“Questo Governo crede nel Sistema sanitario pubblico - ha ribadito **Marcello Gemmato**, sottosegretario alla Salute, chiudendo i lavori del convegno - e ha dimostrato di avere a cuore la sanità aumentando i fondi di 7,5 miliardi di euro per i prossimi 5 anni. La malattia renale cronica è una patologia molto importante dato che 1 italiano su 10 ne è affetto. Incide per il 3% sul Fondo sanitario nazionale, quindi ha un importante impatto anche dal punto di vista economico, e non solo sanitario. Rispetto a questo, servono nuovi modelli organizzativi che facciano in modo che il paziente possa essere preso in carico precocemente e che soprattutto si diagnostichi la patologia in maniera precoce”.

Martedì 04 APRILE 2023

Mepolizumab: terapia di precisione per le malattie eosinofile

L'anticorpo monoclonale di GSK che agisce sull'IL5, mepolizumab, è il primo ad essere rimborsato in Italia per tre diverse patologie oltre all'asma grave: rinosinusite cronica con poliposi nasale, granulomatosi eosinofila con poliangioite e sindrome ipereosinofila

L'anticorpo monoclonale di GSK, che sei anni fa ha rappresentato la svolta nella cura dell'asma severo, ha dimostrato di essere efficace anche per altre tre patologie legate all'eosinofilia: la rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP), la granulomatosi eosinofila con poliangioite (EGPA) e la sindrome ipereosinofila (HES). Mepolizumab diventa così il primo trattamento approvato per EGPA, e una nuova opzione terapeutica per i pazienti con sindrome ipereosinofila senza una causa secondaria ematologica nota e per i pazienti con rinosinusite cronica con poliposi nasale.

“La ricerca agnostica sull'eosinofilia ha permesso di trovare una soluzione comune a quattro malattie molto differenti tra loro per epidemiologia e impatto sulla vita delle persone”, commenta **Elisabetta Campagnoli**, Specialty Medical Head GSK. “Siamo partiti dallo studio dell'asma grave e dalla ricerca di soluzioni che permettessero di controllare la patologia ed evitare le ospedalizzazioni, arrivando all'unica terapia di precisione attualmente disponibile anche per CRSwNP, EGPA e HES. Questo traguardo ci è stato riconosciuto anche da Aifa che ha attribuito a mepolizumab lo status di innovatività per EGPA ed HES”.

Il meccanismo d'azione di mepolizumab

“Possiamo dire che con mepolizumab la medicina respiratoria è passata nel 2017 dal farmaco a taglia unica alla medicina di precisione per l'asma grave”, spiega **Giorgio Walter Canonica**, Responsabile Centro Medicina Personalizzata: Asma e Allergologia, Humanitas University & Research Hospital.

L'esperto illustra il meccanismo d'azione del farmaco, che agisce sulla proliferazione degli eosinofili, comune alle quattro patologie. “Gli eosinofili sono cellule infiammatorie estremamente complesse da un punto di vista biochimico. L'interleuchina 5, legandosi al suo recettore presente sulla superficie di queste cellule, regola la maturazione e la differenziazione degli eosinofili nel midollo osseo e la migrazione delle cellule nei vari organi e apparati, ma anche la loro degranolazione, quindi il rilascio di tutte quelle molecole che promuovono la reazione infiammatoria”.

Mepolizumab con il suo meccanismo d'azione, va ad agire in maniera diretta sull'eosinofilia (l'aumento del numero di eosinofili nel sangue periferico), che è il fattore eziopatogenetico predominante nella genesi di asma grave, rinosinusite cronica con poliposi nasale, granulomatosi eosinofila con poliangioite e sindrome ipereosinofila.

Le malattie eosinofile

La più significativa delle nuove indicazioni di mepolizumab per incidenza è sicuramente la rinosinusite cronica con poliposi nasale. Si tratta di una patologia infiammatoria cronica del naso e delle vie respiratorie superiori in grado di impattare fortemente la qualità di vita dei pazienti con sintomi persistenti e debilitanti quali perdita dell'olfatto, congestione nasale e ridotta qualità del sonno. “Stime recenti indicano la presenza del quadro clinico nel 2 - 4% della popolazione italiana. Il principale bisogno medico per la patologia è rappresentato dalle frequenti recidive di poliposi nasale dopo l'intervento chirurgico di rimozione degli stessi”, dice **Paolo Castelnuovo**, Ordinario di Otorinolaringoiatria all'Università dell'Insubria (Varese) e Direttore dipartimento ORL Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedale di Circolo Fondazione Macchi, di Varese. Si stima che circa il 40% dei pazienti affetti da poliposi nasale vada incontro a recidiva entro 18 mesi dalla chirurgia. La causa scatenante è riconducibile all'infiammazione eosinofila sottostante: in oltre l'80% delle recidive di poliposi nasale è infatti riconoscibile il ruolo infiammatorio dell'eosinofilo. “Non bisogna poi dimenticare – aggiunge Castelnuovo - che la poliposi si

accompagna ad una serie di patologie che possono contribuire a peggiorare il quadro clinico e che vedono spesso nell'aumentata eosinofilia un elemento patogenetico chiave". La presenza di asma come comorbidità della poliposi aumenta in modo considerevole il grado di severità della malattia, aumentandone l'impatto sulla qualità di vita del paziente.

Roberto Padoan, Specialista in Reumatologia, Responsabile del Centro vasculiti presso UOC Reumatologia – Ospedale Universitario di Padova, parla invece dell'utilità della medicina di precisione nel trattamento delle altre due patologie per cui mepolizumab è indicato: la granulomatosi eosinofila con poliangeite e la sindrome ipereosinofila. "Si tratta di patologie rare, che hanno un denominatore comune: l'eosinofilo. Possono avere effetti sulla qualità di vita e sull'aspettativa di vite dei pazienti, poiché se non riconosciute in tempo possono risultare fatali. Entrambe le patologie sono caratterizzate da un andamento intermittente, recidivante, da rinosinusite cronica e asma".

Il reumatologo nota come negli ultimi anni l'approccio a queste patologie sia cambiato completamente: "prima facevamo ricorso agli immunosoppressori, che però non permettono un controllo sufficiente della malattia e riducono le difese immunitarie, esponendo i pazienti alle infezioni. Disporre di una terapia di precisione come mepolizumab è un traguardo che sembrava impensabile fino a qualche anno fa".

Terapie vecchie e nuove

Anche **Claudio Micheletto**, Direttore UOC di Pneumologia Azienda Ospedaliera Integrata di Verona, nota come nel corso degli anni il trattamento delle malattie eosinofile sia profondamente cambiato. "Fino a un po' di tempo fa insegnavamo ai pazienti come usare gli steroidi e ora stiamo insegnando loro a non usarli più", ironizza. "C'è stato un netto miglioramento dell'approccio a questi pazienti, con il tentativo di fenotipizzarli, di caratterizzarli correttamente e di fornire loro la giusta terapia. Ci siamo resi conto nei decenni di come gli eventi avversi degli steroidi (diabete, aumento di peso, etc..) impattassero pesantemente sulla qualità della vita dei pazienti. Con questa indicazione si apre una nuova prospettiva per malattie finora trattate solo con terapie aspecifiche".

Castelnuovo ricorda come, quaranta anni fa i pazienti con poliposi erano sottoposti a un numero impressionante di interventi chirurgici, o restavano in trattamento con cortisonici intramuscolari per tutta la vita. "L'approccio migliore è la sinergia tra chirurgia e farmaco, ma in alcuni pazienti, l'intervento e l'uso di cortisonici non bastava, a causa dell'infiammazione. Un farmaco che controlla l'infiammazione, in sinergia con la chirurgia, può davvero cambiare la vita di queste persone".

Lo specialista nota anche che oggi, con le conoscenze disponibili sulla patogenesi delle malattie eosinofile, i clinici sono costretti alla multidisciplinarietà, un approccio che permette una diagnosi precoce e una migliore presa in carico del paziente.

"Otorino, immunologo, pneumologo e allergologo, ma anche il chirurgo, devono necessariamente comunicare e ogni paziente va discusso da un team multidisciplinare".

Il ruolo delle associazioni

"Patologie rare come EGPA ed HES presentano quadri clinici complessi, difficili da inquadrare e di difficile trattamento che richiedono competenze trasversali da parte dei medici sia per effettuare la diagnosi che per instaurare un adeguato percorso terapeutico.

Si tratta di malattie sistemiche multiorgano che, in assenza di una diagnosi precoce e di un adeguato follow-up, possono compromettere in maniera significativa la qualità della vita del paziente", conclude **Francesca R. Torracca**, Presidente APACS APS.

"Per questo una presa in carico multidisciplinare e proattiva sono essenziali per una prognosi migliore e una migliore qualità di vita. APACS APS, l'Associazione Pazienti con Sindrome di Churg Strauss - EGPA è nata nel 2017 da un gruppo di pazienti ed è presto diventata l'organizzazione di riferimento per la patologia sul territorio nazionale, proprio per il suo impegno a favore delle persone affette da EGPA e delle loro famiglie e grazie alla sua intensa attività di informazione e di advocacy".

Martedì 04 APRILE 2023

Prevenzione delle discriminazioni e tutela dei diritti delle persone affette da malattie oncologiche. Avviato l'iter del Ddl Boschi (IV) in commissione Affari Sociali

La proposta mira in particolare ad introdurre misure volte ad assicurare che alla guarigione clinica della persona corrisponda la possibilità di esercitare i propri diritti in condizioni di eguaglianza rispetto al resto della popolazione, con particolare riferimento all'accesso ai servizi finanziari, bancari e assicurativi, nonché alle procedure di adozione di minori. In tal senso si recepiscono anche le istanze della Risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro. [IL TESTO](#)

Avviato in commissione Affari Sociali alla Camera l'iter della proposta di legge a prima firma **Maria Elena Boschi (IV)** recante disposizioni in materia di parità di trattamento, non discriminazione e garanzia del diritto all'oblio delle persone guarite da patologie oncologiche.

La proposta mira ad introdurre misure volte ad assicurare che alla guarigione clinica della persona corrisponda la possibilità di esercitare i propri diritti in condizioni di eguaglianza rispetto al resto della popolazione, con particolare riferimento all'accesso ai servizi finanziari, bancari e assicurativi, nonché alle procedure di adozione di minori.

In tal senso si ricorda come dai più recenti dati disponibili a consuntivo riportati dal Piano oncologico nazionale 2023-2027, si stima che nel 2020 in Italia siano state diagnosticate con tumore circa 3,6 milioni di persone (1,9 milioni femmine e 1,7 milioni maschi), ovvero circa il 6% della popolazione italiana, con un aumento del 36% rispetto alle stime prodotte nel 2010. La stima è interessata da un incremento pari a tre punti percentuali per anno, anche in considerazione di una correlazione con il progressivo invecchiamento della popolazione.

Con riferimento alle aspettative di sopravvivenza ad una diagnosi tumorale, anche grazie alla ricerca e ai progressi scientifici, l'aumento è stato particolarmente marcato per coloro che vivono da oltre 10 o 15 anni dalla diagnosi.

Il provvedimento intende far fronte al fenomeno ricorrente per cui, nonostante l'avvenuta guarigione clinica, una consistente parte di persone guarite dal tumore sperimentano discriminazioni nell'esercizio dei propri diritti, in particolare con riferimento all'accesso a servizi finanziari, bancari e assicurativi, rimuovendo, ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione, gli ostacoli che limitano l'eguaglianza di questi soggetti la cui aspettativa di vita è aumentata, incluse le limitazioni all'accesso alle procedure di adozione di minori.

La proposta di legge in esame è diretta inoltre a recepire le istanze della **Risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022** su rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro – Verso una strategia globale e coordinata (2020/2267(INI). Infatti, tale Risoluzione, nell'affermare che "le compagnie di assicurazione e le banche non dovrebbero considerare la storia clinica delle persone colpite da cancro", chiede che i Paesi membri modifichino la normativa interna garantendo che i sopravvissuti a patologie oncologiche non vengano discriminati rispetto al resto dei consumatori. In particolare, si chiede che "entro il 2025, al più tardi, tutti gli Stati membri garantiscano il diritto all'oblio a tutti i pazienti europei dopo 10 anni dalla fine del trattamento e fino a 5 anni dopo la fine del trattamento per i pazienti per i quali la diagnosi è stata formulata prima dei 18 anni di età".

La proposta di legge si compone di 5 articoli.

L'**articolo 1** definisce l'oggetto e le finalità dell'intervento normativo in materia di parità di trattamento, non discriminazione e garanzia del diritto all'oblio delle persone guarite da patologie oncologiche, richiamando gli articoli 2 (riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo), 3 (eguaglianza e pari dignità sociale) e 32 (diritto fondamentale alla tutela della salute) della Costituzione e degli articoli 7 (rispetto della vita privata e della vita

familiare), 8 (protezione dei dati di carattere personale), 21 (non discriminazione), 35 (protezione della salute) e 38 (protezione dei consumatori) della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, oltre che l'articolo 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare) della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, firmata a Roma il 4 novembre 1950 e resa esecutiva nel nostro ordinamento dalla legge 4 agosto 1955, n. 848 insieme al Protocollo addizionale alla Convenzione stessa, firmato a Parigi il 20 marzo 1952.

L'**articolo 2** disciplina l'accesso ai servizi finanziari, bancari, d'investimento ed assicurativi, ai fini della stipula o del rinnovo dei contratti corrispondenti, prevedendo che il consumatore non sia tenuto a fornire informazioni relative a pregresse condizioni di salute concernenti patologie oncologiche trascorsi dieci anni dalla fine del trattamento terapeutico, ovvero cinque anni qualora la diagnosi sia stata formulata prima del compimento dei diciotto anni d'età.

Il comma 2 stabilisce che in tutte le fasi di accesso dei consumatori a tali servizi, ivi comprese le trattative precontrattuali e la stipula o il rinnovo di contratti, le banche, gli istituti di credito, le imprese di assicurazione, gli intermediari assicurativi e finanziari devono fornire alla controparte adeguate informazioni circa il diritto a non fornire informazioni sulle pregresse condizioni di salute come indicato al precedente comma. Di tale diritto deve essere fatta espressa menzione nei moduli o formulari predisposti e utilizzati ai fini della stipula o del rinnovo di detti contratti.

Se precedentemente fornite, tali informazioni peraltro non possono avere un rilievo ai fini della valutazione del rischio dell'operazione o della solvibilità del creditore, una volta trascorso il termine di cui al medesimo comma. Alla scadenza di questo termine, le banche, gli istituti di credito, le imprese di assicurazione, gli intermediari assicurativi e finanziari in possesso di tali dati procedono alla cancellazione degli stessi, previa comunicazione al soggetto interessato (comma 3).

Si prevede che la violazione delle disposizioni di cui ai precedenti commi determina la nullità dei contratti concernenti operazioni e servizi finanziari, bancari, di investimento o di assicurazione stipulati successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge. La nullità contrattuale opera soltanto a vantaggio del consumatore e, se ne ricorrono le condizioni, può essere rilevata d'ufficio dal giudice (comma 4).

Ai sensi del comma 5, in considerazione dei diversi tempi di guarigione che in media vengono rilevati, si prevede che il Ministro della salute individui, con proprio decreto, le eventuali patologie oncologiche per le quali si applicano termini diversi da quelli previsti dal comma 1 ovvero particolari requisiti terapeutici ai fini dell'applicazione delle disposizioni in esame e in base alle finalità indicate. Inoltre, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Comitato interministeriale per il credito e il risparmio - CICR e l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni - IVASS sono tenuti ad adottare, con proprie deliberazioni, gli interventi attuativi delle nuove disposizioni (comma 6).

L' **articolo 3** introduce modifiche al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 (Codice del consumo) in materia di tutela dei consumatori e utenti, ed in particolare all'articolo 21 che regola le pratiche commerciali ingannevoli. Nel citato articolo 21 viene inserito il comma 3-ter che detta il principio per cui è considerata scorretta la pratica commerciale di una banca, di un istituto di credito, di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo o di un intermediario finanziario che ometta di informare il consumatore in merito al suo diritto a non fornire informazioni relative a pregresse condizioni di salute concernenti patologie oncologiche trascorsi 10 anni dalla fine del trattamento terapeutico, ovvero 5 anni qualora la diagnosi sia stata formulata prima del compimento della maggiore età, ovvero trascorso l'eventuale diverso termine stabilito con il predetto decreto del Ministro della salute.

È considerata altresì scorretta la pratica dei medesimi operatori che, trascorso il termine prescritto, richiedano tali informazioni, ovvero che, sulla base di esse, si rifiutino di contrarre o applichino oneri, garanzie accessorie o altre condizioni contrattuali aggiuntive.

L'**articolo 4** detta inoltre modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184 che detta la disciplina per l'adozione e l'affidamento dei minori, apportando in particolare le seguenti modifiche:

- all'articolo 22, in tema di indagini riguardanti coloro che intendono adottare a seguito di presentazione della domanda di adozione al tribunale per i minorenni, dopo il primo periodo del comma 4 - che definisce l'ambito di tali indagini tra cui in particolare la salute (oltre che la capacità di educare il minore, la situazione personale ed economica, ambiente familiare e motivi dell'adozione) -, si inseriscono le nuove disposizioni che limitano l'ambito delle indagini relative allo stato di salute di coloro che intendono adottare un minore. Viene in particolare stabilito che tali indagini non possono avere ad oggetto patologie oncologiche trascorsi 10 anni dalla fine del trattamento terapeutico, ovvero 5 anni qualora la diagnosi sia stata formulata prima del compimento della maggiore età. Il Ministro della salute è chiamato ad individuare, con proprio decreto, le eventuali patologie oncologiche per le quali si applicano termini diversi ovvero particolari requisiti terapeutici ai fini dell'applicazione delle nuove disposizioni, rispetto le finalità indicate (lett. a));

- vengono inseriti i riferimenti al nuovo principio delle limitazioni delle indagini relative allo stato di salute di coloro che intendono adottare, innovando con tale disposizione, rispettivamente:
 - l'articolo 29-bis, comma 4, lettera c), in tema di acquisizione di elementi sulla situazione personale, familiare e sanitaria degli aspiranti genitori adottivi, da parte dei servizi socio-assistenziali degli enti locali (lett. b));
 - e l'articolo 57, terzo comma, lettera a), che riguarda la verifica del tribunale dei minori dei requisiti di idoneità e capacità dei genitori che intendono adottare (lett. c)).

L'**articolo 5** detta, infine, le disposizioni transitorie e finali, attribuendo al Garante per la protezione dei dati personali la funzione di vigilanza sulla corretta applicazione delle disposizioni di cui alla legge in esame, ferma restando la competenza dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato - AGCM in materia di tutela del consumatore. Per l'attuazione delle disposizioni in esame, il comma 2 sancisce il principio dell'invarianza degli oneri, disponendo che dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

G.R.

ASP e Ospedali

L'iniziativa

Policlinico "diffuso", ecco l'intesa tra Asp di Enna e Università Kore

Prevista la clinicizzazione di alcuni reparti e servizi dell'ospedale Umberto I da parte della facoltà di Medicina.

Tempo di lettura: 3 minuti



4 Aprile 2023 - di [Angela Montalto](#)

	220 €	180 € - 126 €	60
	220 €	250 € - 175 €	15€

[INSANITAS](#) > ASP E Ospedali

ENNA. Una **firma** che potrebbe entrare nella storia quella nella Sala del Consiglio dei Garanti dell'università Kore di Enna: con una cerimonia breve ma dal sapore storico appunto, è stata formalizzata la collaborazione attiva tra **Asp di Enna e Università Kore** di Enna. La clinicizzazione di alcuni reparti e servizi dell'ospedale Umberto I di Enna da parte della facoltà di Medicina della stessa università, rappresentata dalla preside **Roberta Malaguarnera** e dal coordinatore del corso di laurea in Medicina e chirurgia **Paolo Scollo** non sono più ipotesi ma realtà.



			-30%
--	--	--	------

La **clinicizzazione** consente alle unità operative ospedaliere di divenire anche strutture di ricerca scientifica dell'ateneo e si realizza con l'affidamento della relativa direzione a professori universitari della facoltà di Medicina della Kore. A dirigere Endocrinologia, Geriatria, Ortopedia, Terapia intensiva coronarica di Cardiologia, e poi dopo l'estate Dermatologia e Psichiatria, saranno **medici scienziati**, in alcuni casi anche molto giovani, che l'ateneo ennese ha reclutato nell'ambito della dotazione di docenza della quarta facoltà di Medicina della Sicilia, istituita tre anni fa.

L'accordo tra l'università e l'ospedale di Enna segue l'intesa sottoscritta originariamente con l'allora assessore della Salute Ruggero Razza, attuata adesso con l'autorizzazione dell'assessore in carica Giovanna Volo.



A sottoscrivere l'accordo per la clinicizzazione delle strutture dell'Umberto I sono stati il presidente della Kore, **Cataldo Salerno**, e il commissario straordinario dell'ASP di Enna, **Francesco Iudica**. Presenti alla cerimonia il direttore generale della Kore Salvatore Berrittella, il direttore sanitario dell'Umberto I Emanuele Cassarà e il direttore amministrativo dell'ASP di Enna Sabrina Cilia.

«Oggi si avvera un'utopia- nota **Iudica**- impensabile fino a qualche anno fa, con l'intero sistema di tutela della salute che ci guadagna. È un passo importante per il benessere delle popolazioni di una vasta area della Sicilia che si è dimostrata capace di mettere insieme le competenze ospedaliere e quelle universitarie in una sinergia costruttiva e che guarda al futuro».



«Quello che compiamo oggi è il primo passo concreto- sottolinea **Salerno** - di quello che è stato definito "policlinico diffuso" della Sicilia centrale, che naturalmente parte da Enna quale sede della Kore e della quarta facoltà di Medicina dell'isola, anche se continuiamo a guardare a tutta la Sicilia centrale e alle enormi potenzialità che essa può esprimere con il concorso di tutti coloro che intendono costruire e progredire».

Anche il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Enna, **Renato Mancuso** ha salutato con favore l'iniziativa ribadendo la grande valenza che l'unione delle due realtà avrà per l'intero territorio che potrà crescere in termini esponenziali nell'ambito professionale, scientifico, culturale e economico. I reparti dell'Umberto I di Enna si affiancano dunque al reparto di Ginecologia e Ostetricia del Cannizzaro di Catania, che è stata la prima unità clinicizzata dall'università Kore.

Porta il figlio di 11 anni in ospedale quando è già morto, Procura di Patti apre un'inchiesta

Il piccolo aveva gravi patologie e aveva perso la madre da poco. Ma il Tribunale aveva ordinato di recente di prestargli le cure del caso

Di **Redazione** | 03 Aprile 2023

La Procura di Patti ha aperto una inchiesta sulla morte di un bambino di undici anni, arrivato questa mattina, senza vita, in ospedale. A portare il piccolo, che soffriva di gravi patologie

dalla nascita, è stato il padre.

La madre del bimbo è morta pochi mesi fa. Come apprende *l'Adnkronos*, c'era un provvedimento del Tribunale dei minori, di pochi giorni fa, che aveva disposto il ricovero del bambino per le cure del caso.

La Procura ha aperto un fascicolo per verificare a chi è stato notificato il provvedimento e per quali motivi il piccolo non sia stato ricoverato. La salma del bimbo di 11 anni è stata trattenuta per l'eventuale autopsia.

ASP e Ospedali

L'annuncio

Precari, il Nursind firma il protocollo d'intesa sulle stabilizzazioni

Il sindacato lo sottoscrive "per senso di responsabilità, fermo restando che terremo alta l'attenzione sugli amministrativi".

🕒 **Tempo di lettura:** 1 minuto



4 Aprile 2023 - di [Redazione](#)



T-PPM Gestione Progetti

Project Management a 360! API, Gantt, Wbs, Milestone, Task, Documenti, Rendicontazione

T-PPM Project Management

[IN.SANITAS](#) > ASP E Ospedali

Il sindacato **Nursind-Cgs** ha firmato il **protocollo d'intesa** dell'assessorato regionale alla Salute sui precari della sanità. «Alla luce della proposta fatta dall'assessore- scrive il sindacato- e dopo un confronto avvenuto a stretto giro nelle scorse ore con le **segreterie territoriali**, abbiamo avuto modo di valutare con attenzione il documento proposto. La segreteria regionale Nursind-Cgs ha dunque deciso di sottoscrivere per **senso di responsabilità** il protocollo d'intesa, per impartire nel breve gli **atti di indirizzo** in merito alle tanto attese stabilizzazioni del personale precario della regione Sicilia, fermo restando che terremo alta l'attenzione sugli amministrativi».



Il meglio per il diabete - Ridurre i livelli di zucchero

Cosa succede se il diabete non viene curato? choko.link

«L'interlocuzione tra le parti prosegue, sulla base del confronto delle reciproche istanze e rappresenta un punto importante che segue la firma dell'accordo relativo alle stabilizzazioni avvenuto il 31 marzo 2023 degli oltre 4.000 precari della sanità» aggiungono dal Nursind-Cgs.

Non ci senti bene?



MENU

Cerca...



Tag:

[ASSESSORATO ALLA SALUTE](#) [NURSIND](#) [PRECARI COVID](#) [PRECARI SANITÀ](#) [STABILIZZAZIONE PRECARI](#)

Contribuisci alla notizia

Invia una foto o un video

Scrivi alla redazione

Altre notizie



L'iniziativa

[Policlinico "diffuso", ecco l'intesa tra Asp di Enna e Università Kore](#)



Il resoconto

[Asp di Catania, stabilizzazione dei precari Covid al centro del tavolo provinciale della Salute](#)



L'annuncio

[Cura dell'ictus, l'ospedale "Giovanni Paolo II" avrà la Stroke Unit](#)



Rap, si dimette l'amministratore unico Caruso: ma il nuovo presidente è un'incognita

In una lettera inviata al sindaco Lagalla chiede "che sia convocata prima possibile la necessaria assemblea dei soci mirata ad approvare l'ultimo bilancio e a insediare la nuova governance". Ipotesi Todaro alla guida, ma il M5S solleva dubbi di incompatibilità: "Si occupa anche della raccolta dei rifiuti all'interno del porto"



Redazione

03 aprile 2023 17:08



Girolamo Caruso

Girolamo Caruso, amministratore unico della Rap, con una lettera inviata al sindaco Roberto Lagalla rassegna le dimissioni. Ma il futuro della partecipata è un'incognita: chi sarà infatti il nuovo presidente? Il nodo non è stato ancora sciolto. Sul nome di Giuseppe Todaro, circolato nelle settimane scorse, infatti, si addensano i dubbi di "incompatibilità" sollevati dal consigliere comunale del M5S Antonino Randazzo.

Intanto l'amministratore unico uscente, nella lettera mandata al primo cittadino, chiede di "convocare prima possibile la necessaria assemblea dei soci mirata ad approvare l'ultimo bilancio e a insediare la nuova governance". Le ragioni che hanno spinto Caruso a prendere

questa decisione sono due: "La prima è quella di aver avviato e reso concreto il rilancio dell'azienda e la seconda è quella di rendere più semplice il raggiungimento di nuovi equilibri che la compagine politica impone".

I dubbi su Todaro

Il cambio della governance avrebbe visto in pole position Giuseppe Todaro, attuale amministratore dell'impresa Operazioni e Servizi Portuali Osp di Palermo. Ma il Movimento 5 Stelle, attraverso il consigliere comunale Antonino Randazzo, ha presentato un'interrogazione per incompatibilità dell'incarico. Per Todaro ci sarebbe infatti un problema di inconfiribilità dell'incarico di presidente della Rap, per via della sua posizione: il tema è legato alle norme in materia di nomina degli amministratori di società partecipate (come appunto è Rap) e alle linee d'indirizzo dell'Anac, l'autorità nazionale anticorruzione. "Chiediamo chiarimenti - si legge nel quesito posto da Randazzo - in merito all'eventualità di conferire un incarico a un soggetto che risulta essere anche il rappresentante legale di una ditta fornitrice di un servizio per conto della stessa società partecipata della quale dovrebbe divenire amministratore".

La risposta del Comune

In una nota firmata dal capo di gabinetto Sergio Pollicita e dal sindaco Lagalla la risposta dell'amministrazione: "A oggi, questo ufficio non ha posto in essere alcuna istruttoria in ordine a designazioni relative alla società Rap spa. Qualora il soggetto de quo (Todaro, ndr) dovesse essere individuato quale rappresentante dell'amministrazione nella citata società si terrà conto di quanto esposto nell'interrogazione che si riscontra". Una risposta che non scioglie ancora il dubbio.

Caruso: "Ho la certezza di aver lavorato bene"

Di sicuro c'è che l'uscente Caruso, nella missiva al sindaco e alla città, fa il bilancio di quanto fatto durante la sua presidenza: "Ho consapevolezza e certezza di aver lavorato bene in questi quasi due anni di Rap, di lasciare molti più estimatori che nemici, di aver servito la mia città con efficienza, efficacia (per quanto possibile) e coraggio. Lascio a chi verrà dopo, certamente più bravi e competenti di me, un'azienda parecchio migliore rispetto a quella che ho trovato e sono anche certo che le importanti sfide che ci sono dietro l'angolo verranno egregiamente combattute e risolte".

Dal "**concorstone**" Rap alla carenza di personale, fino al parco automezzi, Caruso non dimentica nulla: "Ho trovato una carenza di risorse umane di oltre 800 persone. Siamo

riusciti, dopo anni e anni di immobilismo, ad avviare il concorso per 46 autisti e 306 operai, risorse che entreranno in azienda entro luglio. Ho trovato un parco automezzi di età media pari ad oltre 14 anni. Siamo riusciti, anche qui dopo anni di immobilismo, a progettare “in house” capitolati tecnici per oltre 280 automezzi e attrezzature e trovare i correlati finanziamenti (Pon Metro) pari a oltre 32 milioni. Automezzi e attrezzature in consegna a partire da questo fine mese di aprile”.

E a proposito di Bellolampo: "Ho trovato la discarica invasa da 110 mila tonnellate di rifiuti “a cielo aperto” (cioè i rifiuti di 4 mesi di Palermo) e una situazione economica a dir poco tragica discendente, tra l’altro, dai 35 milioni di extracosti “bruciati da Rap” negli anni 2019 e 2020. Siamo riusciti, con competenza gestionale analitica e progettuale, a trovare una disponibilità in discarica (cosa a cui nessuno aveva mai pensato) di oltre 600 mila metri cubi di capacità di abbancamento (cioè 2 anni di rifiuti di Palermo), evitando costi alla città per oltre 80 milioni di euro (per trasporto e abbancamento di rifiuti sulla penisola o all’estero) che avrebbero determinato il fallimento di Rap (verosimilmente anche il default del Comune) e il raddoppio della Tari”.

Sulla situazione rifiuti in città Caruso non tentenna: "Oggi a me la soddisfazione che la lungimiranza della mia decisione di quasi 2 anni fa è stata vincente considerato che la “montagna” di rifiuti è ormai azzerata e che la situazione si è finalmente normalizzata dopo 3 anni. Non ho trovato alcuna idea concreta mirata alla “voglia” di un vero rilancio industriale. Siamo riusciti a progettare “in house” impianti di vario tipo a valere su fondi extra Comunali (Pon Metro, Pnrr, Cipe) del valore di oltre 70 milioni, impianti oggi tutti in iter autorizzativo e mirati a produrre reddito in seno al polo impiantistico di Bellolampo”.

Congedandosi, l'ex amministratore unico saluta città e cittadini. "Sono un ingegnere e come tale baso le mie valutazioni e le mie strategie su oggettivi modelli matematici per cui, se su 1.533 dipendenti ne lascio soltanto uno o, forse, due armati di spirito ostile e sleale, ciò è veramente poca cosa. A ciò giunti, posso solo affermare (prendendo a prestito le parole di uno scrittore americano) che 'ho fatto la cosa migliore nelle peggiori delle condizioni' e ribadire, ancora una volta, che ho avuto l’onore di lavorare per la mia città (peraltro a titolo gratuito)".

Caro voli, Schifani all'Antitrust: siciliani penalizzati. Ecco le tariffe della vergogna

04 Aprile 2023



Renato Schifani

«Sul caro-voli, che anche in questi giorni prima di Pasqua sta interessando le tratte da e per la Sicilia, ho deciso di intervenire con una nuova segnalazione all'Antitrust e scrivendo anche ai ministri Giorgetti e Salvini, così come avevo preannunciato domenica». Lo dice il presidente della Regione Siciliana, Renato Schifani, che ha nuovamente scritto all'Autorità garante per la concorrenza e il mercato a proposito del caro voli, in particolare da e per Roma e Milano.

«Si tratta di una grave disparità di trattamento nei confronti della Sicilia - prosegue il governatore - a causa della condotta delle compagnie aeree che, in taluni casi, eccedono nella 'discriminazione dei prezzi durante determinati periodi dell'anno, rispetto ai costi sostenuti. In prossimità delle festività pasquali e dei ponti del 25 aprile e 1 maggio appare evidente il ripetersi di quanto accaduto in occasione dello scorso Natale. È inaccettabile che compagnie come Ita, a totale controllo pubblico, e cosiddette 'low cost' come Ryanair realizzino prezzi offensivi per il buonsenso, tanto più se aggiungiamo la scarsa trasparenza sulle tariffe perché ai prezzi, a seconda delle compagnie aeree, va sommato il costo dei bagagli a mano o da stiva, della scelta dei posti e della priorità di imbarco. Tutti elementi che fanno lievitare il prezzo». Nella nuova segnalazione il presidente della Regione ribadisce la «scarsa programmazione» e la «carente attenzione da parte delle compagnie aeree alle richieste del mercato da e per l'Isola tutto l'anno e, certamente, durante i picchi relativi alle festività».

Caro voli, secondo esposto della Regione all'Antitrust, Schifani scrive a Giorgetti e Salvini



di Redazione | 04/04/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

Una grave disparità di trattamento fra i siciliani e i cittadini del resto d'Italia. Il [caro voli](#) paralizza la [Sicilia](#). Rientrare nell'isola o lasciarla non è [mai stato così difficile](#).

Leggi Anche:

Caro voli, gli studenti restano nel Nord Italia ma arriva la carica dei turisti ricchi

Nuovo esposto all'Antitrust

“Sul caro-voli, che anche in questi giorni prima di Pasqua sta interessando le tratte da e per la Sicilia, ho deciso di intervenire con una nuova segnalazione all'Antitrust e scrivendo anche ai ministri Giorgetti e Salvini, così come avevo preannunciato

domenica” annuncia il presidente della Regione Siciliana, Renato Schifani, che ieri ha nuovamente scritto all’Autorità garante per la concorrenza e il mercato a proposito del rincaro dei prezzi dei voli, in particolare da e per Roma e Milano.

Grave disparità

“Si tratta di una grave disparità di trattamento nei confronti della Sicilia – prosegue il governatore – a causa della condotta delle compagnie aeree che, in taluni casi, eccedono nella “discriminazione dei prezzi” durante determinati periodi dell’anno, rispetto ai costi sostenuti. In prossimità delle festività pasquali e dei ponti del 25 aprile e 1 maggio appare evidente il ripetersi di quanto accaduto in occasione dello scorso Natale. È inaccettabile che compagnie come Ita, a totale controllo pubblico, e cosiddette “low cost” come Ryanair realizzino prezzi offensivi per il buonsenso, tanto più se aggiungiamo la scarsa trasparenza sulle tariffe perché ai prezzi, a seconda delle compagnie aeree, va sommato il costo dei bagagli a mano o da stiva, il costo della scelta dei posti e quello della priorità di imbarco. Tutti elementi che fanno lievitare il primo prezzo che viene indicato all’utente”.

Cosa c’è nel nuovo esposto

Nella nuova segnalazione il presidente della Regione ribadisce la “scarsa programmazione” e la “carente attenzione da parte delle compagnie aeree alle richieste del mercato da e per l’Isola tutto l’anno e, certamente, durante i picchi relativi alle festività”.

Leggi Anche:

**Caro voli, corteo di protesta a Catania col trolley,
“Salvini facci volare”**

Cosa scrive Schifani ai Ministri Giorgetti e Salvini

Ai ministri delle Infrastrutture Matteredo Salvini e dell'Economia Giancarlo Giorgetti, il presidente Schifani sottolinea che “nella condizione di insularità della Sicilia il trasporto aereo riveste un ruolo strategico fondamentale per garantire la continuità territoriale e la mobilità dei suoi abitanti e, non secondariamente, ai fini dello sviluppo del turismo. Non è ammissibile che i cittadini siciliani continuino a essere penalizzati”.

Per queste ragioni, il presidente della Regione chiede ai ministri di intervenire con Ita e Ryanair “affinché adottino fin da subito politiche commerciali tendenti a una drastica riduzione del costo dei biglietti e a un incremento della frequenza dei voli”.

Lampedusa, l'hotspot per i migranti non ha l'agibilità



La prefettura ha scritto al Comune che ha negato la Scia alla coop che gestisce il centro

IL CASO di Riccardo Lo Verso

4 APRILE 2023, 12:52

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

LAMPEDUSA – L'ultima nota è stata inviata pochi giorni fa dalla Prefettura di Agrigento al Comune di Lampedusa. Un carteggio che va avanti da mesi. Ad oggi l'hotspot dell'isola non è agibile. In particolare i locali della cucina, dove vengono preparati i pasti per i migranti ospiti del centro.

L'amministrazione comunale non ha accolto la Scia, la Segnalazione certificata di inizio attività, presentata dalla cooperativa sociale Badia Grande che gestisce i servizi nella struttura di contrada Imbriacola. Senza il certificato non si possono preparare e somministrare pasti, tanto che per un periodo si è ovviato al problema affidandosi ad una struttura mobile noleggiata.

Il contratto di convenzione con Badia Grande è scaduto lo scorso 28 febbraio ed è stato prorogato per decisione della prefettura di Agrigento fino ad agosto. È stato un anno difficile per gli operatori. L'hotspot di Lampedusa può ospitare un massimo 389 migranti. Così prevede l'appalto.

martedì 4 Aprile 2023



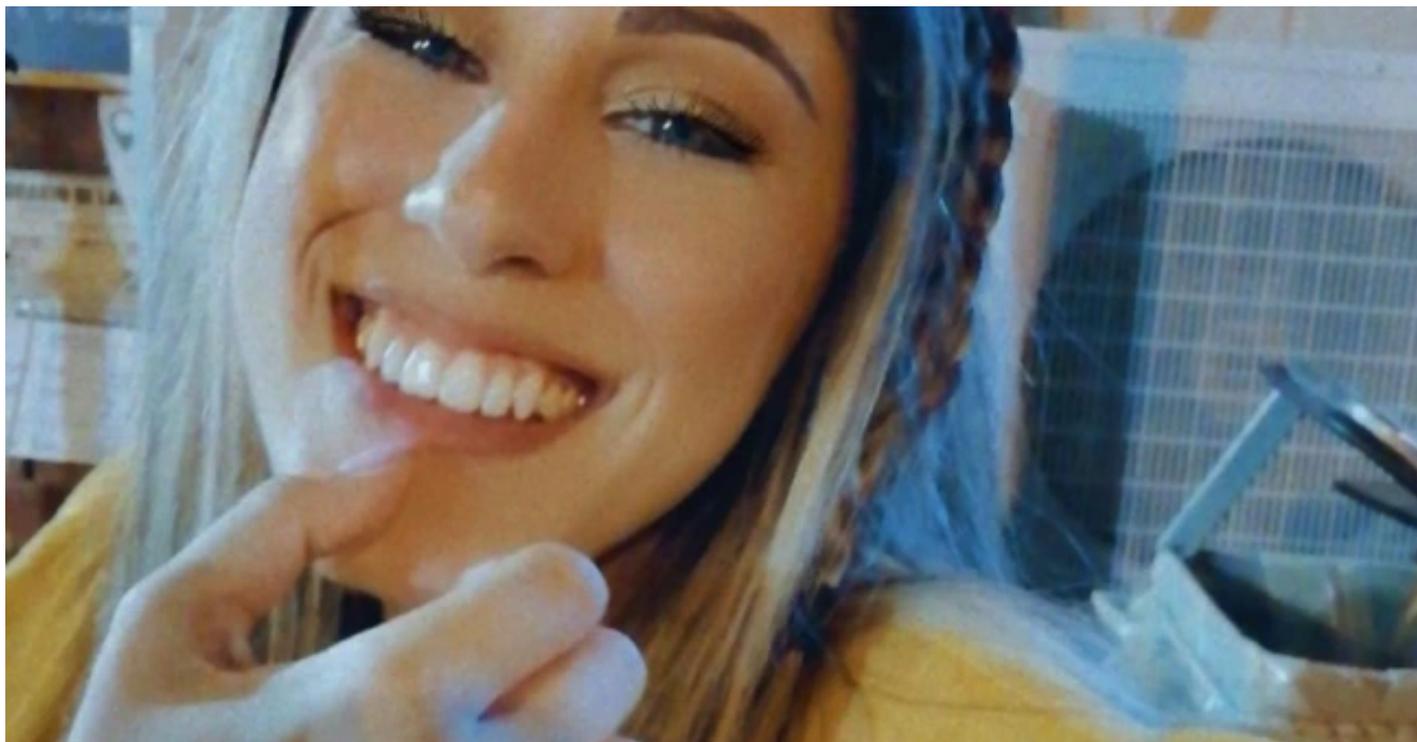
Si comincia a delineare il futuro delle altre **partecipate del Comune di Palermo**. Con **delibera del 3 aprile**, il **sindaco Roberto Lagalla** ha designato il nuovo consiglio di amministrazione della **Reset**, l'azienda che si occupa prevalentemente di **pulizia, manutenzioni e servizi di custodia e guardiania**.

Nel documento si legge che **Fabrizio Pandolfo** sarà il **presidente**, **Paola D'Arpa** la **vicepresidente** e l'avvocato **Michele Pivetti Gagliardi** il **consigliere**.

Dopo Gesap, Amg Energia e Sispi, le cui nuove governance si sono già insediate, nei prossimi giorni **toccherà anche a Rap e Amat**. In particolare, l'azienda che si occupa della raccolta dei rifiuti e che gestisce l'impianto di Bellolampo è rimasta senza guida dopo le dimissioni dell'amministratore unico Girolamo Caruso. L'assemblea dei soci è fissata per il 14 aprile. Per quella data, il sindaco dovrebbe aver già scelto e designato il successore.

Alessia Anselmo

Palermo piange Federica: "Portava amore dove non c'era"



L'ultimo saluto alla ragazza morta domenica scorsa nell'incidente stradale sull'autostrada A19

I FUNERALI di Redazione

4 APRILE 2023, 16:12

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

PALERMO – Dolore, incredulità e tanta rabbia oggi a Palermo. Sono stati celebrati questa mattina i funerali di Federica Albanese, la giovane 27enne motociclista morta domenica scorsa nell'incidente stradale sull'autostrada Palermo-Catania.

Sono ancora gravi le condizioni del fidanzato, Simone, ricoverato al Trauma center dell'ospedale Villa Sofia. La prognosi è riservata. I funerali, nella chiesa del Santissimo Salvatore, sono stati celebrati dal parroco Salvatore Schiera.

"Ieri ho fatto visita alla famiglia – ha affermato durante l'omelia il sacerdote – e la mamma di Federica mi ha detto che la figlia sapeva portare luce, amore, gioia, lì dove non c'erano. Siamo certi che Federica col tempo continuerà a portare luce e gioia nei cuori di chi l'ha amata".

La bara bianca è stata portata a spalla dagli amici, nel quartiere Brancaccio, per raggiungere la chiesa.

Tags: Autostrada A19 · Federica Albanese · funerali