



Rassegna Stampa 8 maggio 2023

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

Per la Suprema corte è valida la scrittura unilaterale dell'intestatario che riconosca il patto

Comproprietari con atto privato

Basta che il fiduciario ammetta la contitolarietà della casa

Pagine a cura

DI DARIO FERRARA

Basta la scrittura privata intervenuta fra le parti a dimostrare la comproprietà dell'appartamento. È sufficiente l'atto unilaterale in cui l'unico intestatario formale dell'immobile riconosce che l'acquisto del cespite è invece avvenuto in comunione e che egli è soltanto comproprietario del bene. Il patto fiduciario, infatti, non richiede la forma scritta ad substantiam: non serve dunque un atto scritto che sia bilaterale e contemporaneo all'acquisto fiduciario, ma risulta idoneo l'atto unilaterale scritto a posteriori, in cui il fiduciario riconosce che a monte c'è un impegno espresso dalle parti in forma orale. Il fiduciante, cioè la parte che non figura come proprietario dell'immobile, è esonerato dall'onere di dimostrare il rapporto fondamentale, la cui esistenza si presume fino a prova contraria del fiduciario, vale a dire

l'intestatario formale. È quanto emerge dall'ordinanza 10472/23, pubblicata il 19 aprile dalla seconda sezione civile della Cassazione.

La decisione

Analogamente a quanto avviene nel mandato senza rappresentanza, anche per la validità dal patto fiduciario che prevede l'obbligo di ritrasferire al fiduciante il bene immobile intestato al fiduciario per averlo questi acquistato da un terzo, non è richiesta la forma scritta *ad substantiam*, trattandosi di atto meramente interno tra fiduciante e fiduciario che dà luogo ad un assetto d'interessi che si esplica esclusivamente sul piano obbligatorio, per cui la dichiarazione unilaterale scritta dal fiduciario, ricognitiva dell'intestazione fiduciaria dell'immobile - e promissiva del suo ritrasferimento al fiduciante - non costituisce pertanto autonoma fonte di obbligazione, ma, rappresentando una promessa di pagamento, ha soltanto effetto confermativo del preesistente rapporto nascente dal patto fiduciario, realizzando, ai sensi dell'articolo 1888 c.c., un'astrazione processuale della causa, con conseguente esonero a favore del fiduciante, destinatario della *contra se pronuntiatio*, dell'onere della prova del rapporto fondamentale, che si presume fino a prova contraria

Il caso. È accolto il ricorso proposto dall'ex compagna dell'uomo cui risultava intestato l'appartamento. La signora deduceva che, dopo aver

sottoscritto il contratto preliminare per l'acquisto dell'abitazione, l'allora suo partner l'avrebbe convinta a non figurare nell'acquisto dell'immobi-

le. E ciò sul rilievo che altrimenti avrebbe perduto l'assegno di mantenimento versato dall'ex marito. Le parti avevano deciso tuttavia di regolamentare i loro rapporti patrimoniali con una scrittura privata per il caso che fosse venuta meno la relazione affettiva (e dunque la convivenza). Dopo circa due anni l'uomo, infatti, se ne era andato via da casa, ma aveva intimato alla ex di lasciare l'immobile, detenuto a suo dire senza titolo. La signora si è rivolta al giudice, chiedendo fosse accertata l'autenticità della scrittura privata e di essere dichiarata comproprietaria dell'appartamento. L'ex compagno, dal canto suo, spiegava anche la domanda riconvenzionale: pretendeva 10 mila euro a titolo di canone di locazione per il periodo dopo la fine della convivenza in cui la controparte aveva abitato nell'alloggio. Il Tribunale ha accolto la domanda: la scrittura non soltanto era genuina ma costituiva un atto di dispo-

LA GUIDA AL NUOVO CODICE DEGLI APPALTI



- Le soglie per gare e affidamenti
- Il fascicolo virtuale dell'operatore
- Anticipazione e revisione dei prezzi
- La disciplina delle offerte anomale
- Il rating reputazionale dell'operatore
- Il ricorso all'in house providing

DISPONIBILE IN DIGITALE
SU CLASSABBONAMENTI.COM

ACQUISTA QUI LA TUA COPIA



Nessun onere per il fiduciante

sizione a effetti reali. E quindi la donna è stata dichiarata comproprietaria dell'abitazione e l'ex condannato a versarle oltre 1.600 euro, somma stimata dal consulente tecnico d'ufficio pari alla differenza fra il valore dell'immobile e le spese di manutenzione. Tuttavia, in secondo grado, l'uomo è stato dichiarato proprietario esclusivo dell'appartamento, anche se ha dovuto versare oltre 17 mila euro alla ex per il debito maturato nei confronti di lei per l'acconto pagato al preliminare (circa 6 mila euro), le spese di ristrutturazione riconosciute nella scrittura (oltre 3 mila euro) e i ratei di mutuo (poco meno di 8 mila euro). Ma allo stesso tempo la ex è stata condannata a versargli 300 euro per ogni mese in cui aveva vissuto nei locali, dopo la fine della relazione affettiva, a titolo di indennità di occupazione fino al rilascio dell'immobile. Il tutto sul rilievo che la scrittura privata intervenuta fra le parti non costituisce un atto dispositivo della proprietà del bene con effetti reali ma soltanto una regolazione del dare e avere fra le parti. Tuttavia, presso i giudici di legittimità, ha trovato ingresso la censura

della donna che denunciava la violazione e la falsa applicazione degli articoli 1322, 1362, 1363, 1366 e 1367 c.c. sull'interpretazione dei contratti.

L'orientamento della Suprema corte. Sono state le Sezioni unite civili, con la sentenza 6459/20, a chiarire che il patto fiduciario sull'immobile non richiede la forma scritta, intesa come atto bilaterale e contemporaneo all'acquisto: risulta invece sufficiente la dichiarazione unilaterale per iscritto in cui il fiduciario s'impegna a trasferire il bene al fiduciante in attuazione dell'accordo.

Sul piano obbligatorio il patto fiduciario dà luogo a un assetto di rapporti rispetto al quale il fiduciario è tenuto verso il fiduciante a tenere una determinata condotta nell'esercizio del diritto acquistato in base all'accordo, compresa la necessità di ritrasferire il diritto al fiduciante o a un terzo da lui designato.

Il collegio esteso della Suprema corte ha accolto, quindi, l'orientamento in precedenza minoritario secondo cui è sufficiente la successiva dichiarazione unilaterale redatta per iscritto e sottoscritta in cui il fi-

ducario si impegna a ritrasferire determinati beni al fiduciante, in attuazione esplicita del patto. E ciò perché ben può sussistere anche un impegno orale delle parti a monte della dichiarazione unilaterale scritta in cui l'intestatario dell'immobile, riconoscendone il carattere fiduciario, promette il trasferimento del bene al fiduciante: l'atto scritto del solo fiduciario, laddove serve ad attuare il patto preesistente, ha una propria dignità e dunque può costituire un'autonoma fonte dell'obbligazione del promittente, a patto che enunci in modo chiaro l'impegno e il contenuto della prestazione.

Capita spesso, d'altronde, che l'accordo fiduciario non sia scritto, ma che il soggetto in quel momento beneficiario dell'intestazione del bene si impegni in modo unilaterale a modificare in un futuro la situazione secondo gli accordi presi con l'altro soggetto. Di più. Una dichiarazione unilaterale non costituisce per forza e soltanto una semplice promessa di pagamento, di mero valore ricognitivo rispetto a un impegno esterno: l'impegno che nasce come unilaterale ha una sua dignità nel costi-

tuire fonte di obbligazioni in quanto serve ad attuare l'accordo fiduciario preesistente. E la fiducia è la causa dell'intera operazione economica posta in essere, che si articola in diversi negozi giuridici e rende lecito e meritevole di tutela l'impegno di ritrasferire l'immobile assunto dal fiduciario con la sottoscrizione del suo impegno unilaterale.

Qualche esempio? In tema di mandato senza rappresentanza all'acquisto di un immobile la giurisprudenza esclude la necessità della forma scritta nel senso indicato mentre ammette che si possa fare ricorso al rimedio dell'esecuzione specifica dell'obbligo di concludere il contratto nel caso in cui ci sia una dichiarazione unilaterale scritta del mandatario, anche successiva all'acquisto, che contiene un preciso impegno e una sufficiente individuazione degli immobili da trasferire, con l'indicazione dei confini e dei dati catastali.

Nel nostro caso, insomma, in analogia a quanto avviene nel mandato senza rappresentanza, la dichiarazione unilaterale del fiduciario dà luogo a un assetto d'interessi che costituisce non un'autonoma fonte

di obbligazione ma una promessa di pagamento: è un atto meramente interno tra fiduciante e fiduciario che ha soltanto l'effetto di confermare il rapporto preesistente che nasce dal patto fiduciario. L'uomo, in sintesi, riconosce che l'acquisto dell'abitazione è avvenuto in comunione con la signora in parti uguali: "ferma resta la possibilità per entrambi di ritenere per sé la quota pari a metà dell'immobile, ciascuna parte di pari valore o di acquistare la quota spettante all'altra parte".

Si realizza, quindi, un'astrazione processuale della causa ex articolo 1888 c.c.: il fiduciante, destinatario della dichiarazione contro sé stesso contenuta nella scrittura privata, è quindi esonerato dal dimostrare l'esistenza del rapporto fondamentale, che si presume fino a prova contraria. E che nella specie non risulta fornita dal fiduciario, che contesta il contenuto della dichiarazione ma nulla dimostra per smentire l'esistenza, la validità, l'esigibilità e la non avvenuta estinzione del patto.

La parola passa al giudice del rinvio.

— © Riproduzione riservata —

ABBONATI A ITALIAOGGI

IN PIÙ, TUTTE LE **GUIDE FISCALI E GIURIDICHE**
A CURA DEGLI ESPERTI DI ITALIAOGGI



ItaliaOggi arricchisce la sua offerta con le guide di approfondimento delle ultime novità legislative, diventate un must per i professionisti. Con l'abbonamento al quotidiano, potrai leggere tutti gli **instant book** allegati a partire dal giorno prima della loro uscita in edicola.

SCOPRI DI PIÙ

www.italiaoggi.it/abbonamenti



Per informazioni: servizioclienti@italiaoggi.it - tel. 02 58219.595

Berlusconi, la nuova piramide di Forza Italia: "Iniziata l'era Fascina", i nomi

[silvio berlusconi](#) [marta fascina](#) [forza d'intervento](#)



Sullo stesso argomento:

La sfida di Berlusconi al destino: dato per sconfitto è sempre rinato

08 maggio 2023

Se la leadership di Silvio Berlusconi non è mai stata in discussione, la "piramide" di Forza Italia negli ultimi mesi visto una certa evoluzione. E c'è la mano di Marta Fascina, compagna del Cavaliere. All'indomani della convention del partito a Milano, che visto il ritorno in video di Berlusconi che ha galvanizzato il popolo azzurro, un retroscena del Corriere della sera definisce la nuova mappa del potere di FI. La convention rappresenta "un nuovo inizio", scrive Tommaso Labate.



Conto BancoPosta Business Link

9 mesi di canone gratis per i titolari di un servizio di Acquiring PostePay che aprono un Conto BancoPosta Business Link. Promo fino al 31/07/2023.

Sponsorizzato da Poste Italiane



Il grande ritorno (in video) di Berlusconi: "In camicia e giacca dopo un mese"

Al vertice della "piramide forzista" c'è ancora e solo Berlusconi, si legge nel retroscena, "poi ci sono Antonio Tajani e il ruolo di Marta Fascina". A questo tandem si aggiunge il ruolo di Gianni Letta, determinante nei rapporti di governo e nelle partite delle nomine. Ma dietro al tris di nomi, c'è un nuovo "poker" formato da quattro "partitisti" "cresciuti a pane e politica". Nomi che al grande pubblico magari non dicono molto, ma che nell'era Fascina sono destinati ad avere un ruolo di primo piano. Chi sono? Alessandro Sorte, deputato ma soprattutto neo-coordinatore regionale della Lombardia, succeduto a Licia Ronzulli dopo il ribaltamento degli organigrammi azzurri, scrive Labate. E ancora Stefano Benigni, coordinatore di Forza Italia Giovani, Tullio Ferrante, sottosegretario ai Trasporti, tutti under quaranta, e Alessandro Battilocchio.



Berlusconi ricompatta Forza Italia: il ritorno spazza via dissidi e malumori interni

Il "gruppo Marta Fascina" "è legato al treno Tajani-Barelli", viene ricordato nel retroscena, secondo cui dietro la riorganizzazione del partito ci sarebbe proprio la spinta di Sorte, Benigni e Ferrante che in uno dei primi incontri ad Arcore avrebbero convinto il Cav a cambiare: "Presidente, noi abbiamo il pilota migliore del mondo. Ma se il pilota più bravo non ha una macchina all'altezza, come si fa?". "Mi avete convinto. Portatemi delle proposte", aveva risposto Berlusconi.

Cottarelli lascia il Pd e il Senato: con Schlein a disagio su diversi temi

Riforme, si parte ma è un'altra partita al buio: i nodi per il governo

[riforme](#) [governo](#) [giorgia meloni](#) [presidenzialismo](#)



Sullo stesso argomento:

"Avanti anche senza l'opposizione" Riforme la

Riccardo Mazzoni 08 maggio 2023

Domani, attraverso le consultazioni della premier con le forze di opposizione, parte il percorso delle riforme istituzionali che il centrodestra ha posto fra gli obiettivi di legislatura. La sinistra, tanto per cambiare, si presenta divisa, con i Cinque Stelle pronti all'Aventino, il Terzo Polo in posizione dialogante e il Pd ancora incerto sul «che fare», anche se la maggioranza schleiniana sembra già orientata al pollice verso. Memore dei fallimenti del passato, Giorgia Meloni ha scelto di non presentarsi con un progetto precostituito, anche se è nota la propensione del suo partito per il semipresidenzialismo francese, con la consapevolezza che il punto di caduta per un accordo potrebbe essere il premierato nelle due varianti dell'elezione diretta del capo del governo o del cancellierato tedesco. Sul presidenzialismo la sinistra ha cambiato più volte verso, a seconda delle convenienze politiche del momento, e oggi che al governo c'è il centrodestra i pregiudizi e gli anatemi sui rischi di una svolta autoritaria sono cresciuti in modo esponenziale. C'è chi lo ha definito un sistema alieno alla storia d'Italia, oppure un esperimento da apprendisti stregoni che per copiare Parigi ci

porterebbe direttamente a Mosca. Si è evocato «il fantasma del presidenzialismo» che esalterebbe l'odio sociale, con il sottinteso che «l'interesse della destra non coincide con quello del Paese». Anche se da anni i sondaggisti certificano che la grande maggioranza degli italiani sarebbe favorevole a una riforma presidenziale.



Scusi, per la felicità?

Vola alla scoperta di Grecia, Cipro e Croazia a partire da soli €40* *T&C su [easyJet.com](https://www.easyJet.com)

Sponsorizzato da easyJet



Il dossier riforme è il vero banco di prova per la sinistra

Sarà insomma una partita complicata e rischiosa, anche perché sull'unica apertura finora registrata, quella sul premierato, i distinguo si sprecano: in teoria ci sarebbe un largo fronte favorevole a rafforzare i poteri del premier, trasformandolo in un cancelliere sovraordinato rispetto ai ministri e stabilizzato dalla sfiducia costruttiva. Non più dunque

un primus inter pares come adesso, che non ha neppure la facoltà di mandare a casa un ministro. Ma qui si pone il problema di salvaguardare «la preziosa funzione neutra del capo dello Stato» e di non svilirla attraverso «l'impossibile convivenza tra un premier eletto dal popolo e una controfigura di presidente di investitura parlamentare che darebbe vita a un conflitto permanente, dominato dal premier». Per cui niente sindaco d'Italia, come vorrebbe Renzi, o premierato forte (una formula che garantirebbe ai cittadini di poter scegliere non solo un partito, ma anche un programma, una coalizione, una proposta di governo e un premier), ma una sorta di cancellierato che resti però nel solco della democrazia parlamentare. Questa è, ad ora, la posizione del Pd, che ha presentato un disegno di legge costituzionale in proposito e non vuol in alcun modo toccare le prerogative del Capo dello Stato, per cui non accetterebbe neppure una riforma in tal senso che entrasse in vigore solo dopo la scadenza del mandato di Mattarella.



**"Avanti anche senza l'opposizione".
Riforme, la promessa di Tajani**

L'altra questione dirimente è l'impalcatura su cui impostare le riforme, con sullo sfondo l'ipotesi di una Bicamerale per metterle al riparo dallo scontro quotidiano tra maggioranza e opposizione: è la strada indicata ieri sul Sole 24 ore dal costituzionalista Francesco Clementi, sulla falsariga della commissione De Mita-Jotti del 1992, che fu istituita con due atti monocamerali di contenuto analogo. In parallelo, un disegno di legge costituzionale dovrebbe conferirle poteri referenti nei confronti delle Camere. È un suggerimento saggio, ma il problema fondamentale resta la probabile indisponibilità di Pd e Cinque Stelle ad aprire un dialogo bipartisan sulle riforme che significherebbe dare piena legittimazione «a questa destra».

Concorso al ministero del turismo: bando per 141 assunzioni, i profili cercati

08 Maggio 2023



La sede del ministero del turismo

Bando di concorso al ministero del turismo per il reclutamento di 141 figure professionali. A prevederlo è il decreto assunzioni PA che prevede inserimento di personale sia nel comparto dirigenziale che non dirigenziale.

Concorso al ministero del turismo

730 precompilato 2023, da quando è disponibile? Le istruzioni dell'Agazia delle Entrate

Idealista

Scegli Carta di Credito Oro, fino a €200 di sconto* sugli acquisti con Carta

American Express

100€ di sconto spendendo 1000€ in 3 mesi: scopri la promo valida fino al 17/5

Carta di Credito PAYBACK American Express: per te 100€ di sconto se...
Carta di Credito PAYBACK American Express

Raccomandato da utbrain

Tra gli enti interessati al reclutamento di nuove figure professionali, così come previsto del decreto assunzioni, c'è il ministero del turismo, che coprirà 141 posti di lavoro per personale dirigenziale e non dirigenziale. Il DI incrementa, inoltre, il personale dirigenziale del Mitur, già potenziato tramite precedenti normative nell'ambito delle azioni di rafforzamento delle amministrazioni titolari delle misure Pnrr e dei soggetti attuatori. Il decreto assunzioni PA autorizza nuovi inserimenti di personale e incrementi delle dotazioni organiche a favore di diversi ministeri ed enti pubblici, con lo scopo di rafforzare la capacità amministrativa delle amministrazioni centrali. Il reclutamento del personale da assumere può essere effettuato con diverse modalità, tra cui l'indizione di nuovi concorsi pubblici.

Concorso ministero turismo, a chi si rivolge

Il concorso presso il ministero del turismo si rivolge sia a diplomati che a laureati. Le assunzioni, infatti, riguardano personale da inquadrare nell'area dei funzionari e nell'area degli assistenti, secondo la nuova classificazione del personale introdotta dal Ccnl funzioni centrali 2019-2021.

Concorso ministero turismo, i profili cercati

Le assunzioni nel Ministero del Turismo sono rivolti alle seguenti figure professionali: 2 dirigenti di prima fascia; 4 dirigenti di seconda fascia; 75 funzionari; 60 assistenti. Per il personale non dirigenziale, il bando può riservare fino al 50% dei posti al personale ENIT con almeno nove mesi di esperienza nelle attività collegate all'ente.

Concorso ministero turismo, come partecipare

Per poter partecipare, occorrerà attendere l'uscita dei bandi e successivamente, entro i termini stabiliti, inoltrare la domanda online attraverso il portale reclutamento inPA o il sito istituzionale del Mitur.

© Riproduzione riservata

Matteo Salvini: acciaio Ilva per fare il Ponte sullo Stretto

[matteo salvini](#) [ilva](#) [ponte sullo stretto](#)



Dario Martini 08 maggio 2023

Le ricadute economiche di una grande opera come il Ponte sullo Stretto possono essere molteplici. A indicarne una è Matteo Salvini: per realizzare il collegamento tra Calabria e Sicilia sarà utilizzato l'acciaio dell'ex Ilva. L'opera, secondo il ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti, intervistato dalla "Gazzetta del Mezzogiorno", garantirebbe «anni di commesse piene» all'acciaieria di Taranto. «Gli investimenti sono cospicui- spiega il vicepremier- e sono costantemente in contatto con gli amministratori locali di tutti i colori politici».



Conto BancoPosta Business Link

9 mesi di canone gratis per i titolari di un servizio di Acquiring PostePay che aprono un Conto BancoPosta Business Link. Promo fino al 31/07/2023.

Sponsorizzato da Poste Italiane

Domani il decreto legge del Ponte sullo Stretto, terminato l'iter in commissione alla Camera, approderà in Aula. Va inviato al Senato entro il 30 maggio, e non è escluso che il governo decida di porre la fiducia sul provvedimento. I costi dell'opera, rispetto a una stima iniziale di 10 miliardi di euro, sono stati fatti salire a 13,5 come è scritto nella previsione allegata al Documento di economia e finanza. A questa cifra bisogna aggiungere altri 1,1 miliardi per le opere complementari e di ottimizzazione alle connessioni ferroviarie, per un totale quindi di 14,6 miliardi. Le coperture vanno trovate, e proprio il Def sottolinea che andranno «definite in sede di leade di bilancio».



Al finanziamento dell'opera si intende provvedere mediante le risorse messe a disposizione dalle Regioni a valere, in particolare, sui Fondi per lo Sviluppo e la Coesione; l'individuazione, in sede di definizione della legge di bilancio 2024, della copertura finanziaria pluriennale a carico del bilancio dello Stato; e, infine, i finanziamenti contratti sul mercato nazionale e internazionale. Saranno considerate prioritarie - si legge nell'allegato al Def - le interlocuzioni con finanziatori istituzionali quali la Banca europea degli investimenti e Cassa depositi e prestiti, ma anche l'accesso alle sovvenzioni del fondo europeo Cef (Connecting Europe Facility Cef).

Nelle scorse settimane Salvini ha fatto sapere che presenterà il progetto in un tour nelle città europee per illustrare i vantaggi dell'opera e trovare potenziali investitori interessati a finanziarla. Il «roadshow», come si dice in gergo, partirà dopo gli approfondimenti del progetto, perché il ministro dovrà presentare la versione definitiva. Ieri Salvini ha ricordato come il Ponte si inserisca in un quadro più ampio di potenziamento delle infrastrutture del Paese: «In Calabria e Sicilia siamo già al lavoro su strade e ferrovie con 3,4 miliardi disponibili solo per la linea Palermo-Catania. C'è il bando per il completamento della metropolitana di Salerno e cito i 2,7 miliardi per l'alta velocità Salerno-Reggio Calabria. L'elenco sarebbe ancora più lungo. A questo si accompagna il progetto simbolo: il collegamento stabile tra Calabria e Sicilia che sarà fondamentale per tutto il Sud, per l'Italia e per l'Europa».

Berlusconi, la nuova piramide di Forza Italia: "Iniziata l'era Fascina", i nomi



Se la leadership di Silvio Berlusconi non è mai stata in discussione, la "piramide" di Forza Italia negli ultimi mesi visto una certa evoluzione. E c'è la mano di Marta Fascina, compagna del Cavaliere. All'indomani della convention del partito a Milano, che visto il ritorno in video di Berlusconi che ha galvanizzato il popolo azzurro, un retroscena del Corriere della sera definisce la nuova mappa del potere di FI. La convention rappresenta "un nuovo inizio", scrive Tommaso Labate.

Al vertice della "piramide forzista" c'è ancora e solo Berlusconi, si legge nel retroscena, "poi ci sono Antonio Tajani e il ruolo di Marta Fascina". A questo tandem si aggiunge il ruolo di Gianni Letta, determinante nei rapporti di governo e nelle partite delle nomine. Ma dietro al tris di nomi, c'è un nuovo "poker" formato da quattro "partitisti" "cresciuti a pane e politica". Nomi che al grande pubblico magari non dicono molto, ma che nell'era Fascina sono destinati ad avere un ruolo di primo piano. Chi sono? Alessandro Sorte, deputato ma soprattutto neo-coordinatore regionale della Lombardia, succeduto a Licia Ronzulli dopo il ribaltamento degli organigrammi azzurri, scrive Labate. E ancora Stefano Benigni, coordinatore di Forza Italia Giovani, Tullio Ferrante, sottosegretario ai Trasporti, tutti under quaranta, e Alessandro Battilocchio.

Il "gruppo Marta Fascina" "è legato al treno Tajani-Barelli", viene ricordato nel retroscena, secondo cui dietro la riorganizzazione del partito ci sarebbe proprio la spinta di Sorte, Benigni e Ferrante che in uno dei primi incontri ad Arcore avrebbero convinto il Cav a cambiare: "Presidente, noi abbiamo il pilota migliore del mondo. Ma se il pilota più bravo non ha una macchina all'altezza, come si fa?". "Mi avete convinto. Portatemi delle proposte", aveva risposto Berlusconi.

Cottarelli lascia il Pd e il Senato: con Schlein a disagio su diversi temi

«Caro Direttore, nei prossimi giorni presenterò le mie dimissioni dal Senato». Con una lettera a «Repubblica» Carlo Cottarelli annuncia di lasciare il Pd e Palazzo Madama per accettare un incarico, a titolo gratuito, all'Università Cattolica di Milano. Nella lettera spiega che nel nuovo Pd a guida Schlein si trova «a disagio su diversi temi» dal termovalorizzatore all'utero in affitto passando per il nucleare. «A livello più specifico, di recente ci sono stati diversi casi in cui non ho condiviso le posizioni prese dal Pd, per esempio su aspetti del Jobs Act, sull'aumento delle accise sui carburanti, sul freno al Superbonus e sul compenso aggiuntivo per insegnanti che vivono in aree dove il costo della vita è alto, come suggerito da Valditara» ha spiegato l'economista.

Viste le diverse vedute sono stati in molti quelli che gli hanno suggerito di «cambiare gruppo parlamentare». Ma Cottarelli ha risposto che «non sarebbe giusto, anche perché sono stato eletto col proporzionale e quindi senza una scelta diretta sul mio nome da parte degli elettori. Il primo dei non eletti mi sostituirà senza perdite di seggi per il Pd. Mi sembra la scelta più corretta».

Dc, Cuffaro eletto segretario nazionale cita Martin Luther King: poi è scontro con Rotondi

Il commissario regionale designato alla guida del partito durante il Congresso a Roma: "We have a dream". Ma è polemica col parlamentare di Fdi sull'utilizzo del simbolo



Redazione

07 maggio 2023 15:27



Totò Cuffaro

Nello scorso febbraio, la sua interdizione dai pubblici uffici, pena accessoria alla condanna per favoreggiamento alla mafia, era stata **dichiarata estinta dal Tribunale di sorveglianza di Palermo**, ma Totò Cuffaro aveva detto che "il mio tempo per le candidature è finito". Oggi a quasi tre mesi da quel pronunciamento che lo ha reso ricandidabile, Cuffaro, commissario regionale della Dc in Sicilia, è stato eletto all'unanimità segretario nazionale del partito.

Non si sa se il nome dell'ex governatore siciliano che ha scontato anche la pena con una reclusione a Rebibbia tornerà di nuovo sulle schede elettorali, di certo c'è che è di nuovo al vertice del suo partito. L'elezione è avvenuta nel primo pomeriggio di oggi, al termine del XX Congresso nazionale della Dc che ha preso il via ieri presso il centro congressi Sheraton de Medici, a Roma. Alla due giorni hanno partecipato oltre 400 delegati, provenienti da diverse regioni d'Italia. Presidente del partito è stato eletto Renato Grassi e vice segretario del partito, Giampiero Samorì.

La citazione di Martin Luther King

"Riprendendo ciò che disse Martin Luther King 60 anni fa, we have a dream. Abbiamo un sogno, bellissimo e difficile ma non utopico. Vogliamo un Paese dove noi, i nostri figli, i nostri nipoti possano vivere in un sistema politico democratico e popolare. Vogliamo un Paese dove si possa votare un partito di valori, libero, aperto, plurale, che garantisca diritti, giustizia, e libertà. Un partito, la Democrazia Cristiana, che sia protagonista nella politica e nella società", ha dichiarato Cuffaro dopo l'elezione.

Il botta e risposta con Rotondi

Elezione accompagnata da un botta e risposta con Gianfranco Rotondi, parlamentare di Fdi, al quale venne affidata la responsabilità legale del simbolo scudocrociato nel 1999 in qualità di tesoriere del Cdu (Cristiani Democratici Uniti). "Auguri a Totò Cuffaro per il ritorno sulla scena nazionale, ma la sua iniziativa usurpa un nome - quello della Dc - già presente e a buon diritto nella competizione politica. Domani daremo mandato ai legali di difendere i nostri diritti, sarà un tribunale a decidere chi ha ragione", ha scritto Rotondi su Twitter.

"Ringrazio l'onorevole Gianfranco Rotondi per gli auguri che mi ha rivolto tramite un tweet, ma la sua affermazione, con la quale mi accusa di aver usurpato un diritto, ovvero di aver utilizzato il nome della Democrazia Cristiana, la considero sconsiderata - ha replicato Cuffaro -. Ho soltanto dato voce, fino ad adesso, a chi ha capacità di rappresentanza, ai tanti siciliani che hanno votato finalmente una Dc presente nella scheda elettorale, cosa che fino ad adesso è accaduta solo in Sicilia. Credo che le contese politiche si debbano risolvere politicamente e, proprio da Rotondi, mai mi sarei aspettato che, per ridare fiato e valenza politica alla Dc, volesse utilizzare un tribunale. Credo e spero che voglia ragionare di politica piuttosto che andare in un tribunale".

Le reazioni

"Siamo entusiasti ed orgogliosi per l'elezione a segretario politico nazionale del nostro amico Totò Cuffaro, l'uomo giusto per rilanciare la Democrazia Cristiana in tutto il territorio nazionale. Un partito vivo e in forte crescita che saprà diventare centrale nella costruzione di una nuova fase politica che veda il centro e i moderati protagonisti del rilancio del Paese", è il commento dei consiglieri comunali di Palermo del gruppo Dc Domenico Bonanno, Salvatore Imperiale e Viviana Raja e dell'assessore Giuliano Forzinetti.

© Riproduzione riservata

Cancelleri: "Ecco perchè ho scelto Forza Italia"



L'ex grillino a tutto campo.

L'INTERVISTA di Roberta Fuschi

8 MAGGIO 2023, 05:43

0 Commenti Condividi

3' DI LETTURA

Cancelleri, come procede la sua second life in Forza Italia?

Con grande impegno e determinazione come ho sempre fatto in questi anni, per cui non parlerei di second life, semmai è un rinnovamento nella continuità di un impegno per la Sicilia e per il paese, è sempre stato solo questo il mio obiettivo.

Alla kermesse di Milano come è stato accolto dai nemici di un tempo?

Non ho mai avuto nemici, solo avversari politici che ho sempre rispettato e da cui ho ricevuto rispetto e ieri quello che ho seminato in questi anni posso dire di averlo raccolto: accoglienza, strette di mano e tanti "benvenuto". Con molti abbiamo anche ricordato come, seppur con diversi colori politici, abbiamo lavorato insieme per risolvere problemi sul territorio nazionale, d'altronde di infrastrutture "malate" da sanare ce ne sono in tutta Italia e il lavoro fatto di serietà e impegno che ho svolto in questi anni è stato il miglior biglietto da visita con il quale mi sono presentato.

Due cose mi hanno colpito positivamente di questa due giorni a Milano: la prima, il concetto di comunità espresso dal Ministro Tajani riferendosi al lavoro sinergico che fanno all'interno di Forza Italia i giovani e i meno giovani, le donne e gli uomini, credo che mettere insieme energia ed esperienza, pragmatismo e visione sia il mix perfetto per una buona politica, la seconda, la verve mostrata dal Presidente Schifani nel suo intervento, ha richiamato il partito tutto ad avere più rispetto e attenzione per la Sicilia e i siciliani e vi assicuro che lo ha fatto in maniera forte e netta, senza giri di parole.

Ci spiega la sua conversione sulla via di Arcore? E' cambiato lei o è cambiata Forza Italia?

È cambiato il mondo, è cambiato il contesto politico sociale dopo la pandemia. Chi non si accorge di questo anche in politica non solo rimane indietro ma continua a vivere nel passato.

Ha sentito qualcuno dei suoi ex compagni del Movimento Cinquestelle? Arriveranno i rinforzi?

Ho sentito alcuni di loro, quelli che al di là delle scelte politiche non hanno mai messo niente davanti ai valori personali e di amicizia, ma ci siamo augurati soltanto ogni bene reciproco. Non faccio scouting, in politica vanno fatte delle scelte ponderate e misurate, ma soprattutto personali, non ci si lancia in avventure spregiudicate.

Guarda anche

I due sorrisi, la corte, la durezza: Renato Schifani pigliatutto'

Cancelleri e Chinnici, quando ci siamo abituati a tutto?

Cancelleri: "Benvenuta all'onorevole Chinnici, porterà qualità e valori"

Giarrusso al vetriolo su Cancelleri: "Feroce e cinico contro di me"

Schifani sul palco ma la rest problematico

Quanto ha pesato la mancata deroga al secondo mandato nella sua decisione di lasciare il Movimento?

Non ha pesato. Il Movimento mi ha proposto la candidatura al consiglio comunale di Catania ed io ho rifiutato, scegliendo di andare via e non candidarmi. In un mondo in cui tutti lasciano il proprio partito per una poltrona, io sono entrato in Forza Italia rinunciando ad una poltrona, mi pare un buon inizio.

Ha dichiarato che a Catania sosterrà Trantino. Ma non era il centrodestra il nemico da battere fino a poche settimane fa? Che cosa è cambiato?

A dicembre del 2022 dissi che il campo progressista avrebbe avuto una possibilità solo se avesse intrapreso un percorso serio, basato sulla scelta di un candidato che, partendo dalla esperienza, avrebbe puntato sui giovani per la costruzione di una classe dirigente nuova, dando una prospettiva per i prossimi vent'anni a questa città. Ma, mentre il centrosinistra litigava e si divideva sui veti personali, inaccettabili in politica e soprattutto perdenti, il centrodestra ha fatto quello che sostenevo e cioè un percorso di ricucitura centrando il progetto politico su una figura di altissimo livello, quella di Enrico Trantino, e candidando una valanga positiva di giovani che certamente rappresentano il vero valore aggiunto di una buona politica di visione per Catania.

Ha qualche rimpianto?

Il rimpianto è un inutile spreco d'energia, non ci si può costruire nulla sopra.

E qualche rimorso?

Ho agito sempre con la consapevolezza che ogni mia azione fosse per il bene della comunità e della mia terra, non hai rimorsi se questo è il tuo registro.

Tags: Giancarlo Cancelleri

Sammartino “avverte” gli alleati, “La Lega in Sicilia ha fatto tante scelte in nome dell’unità del Centrodestra”



di Redazione | 07/05/2023



Attiva ora le notifiche su Messenger 

“Il nostro segretario nazionale aveva scelto **Valeria** come candidata, in un contesto di autorevolezza, di grande entusiasmo e di assoluta conoscenza dei problemi della città e delle azioni amministrative necessarie per rilanciarla. FdI ha chiesto la città di Catania, si è trovata un’intesa sul tavolo nazionale del centrodestra, agevolata anche da Schifani. La Lega in questi anni ha fatto tante scelte in nome dell’unità del centrodestra che, anche a Catania”.

Leggi Anche:

Pesca, Sammartino incontra armatori e associazioni, “A breve un bando per gli aiuti”

Lo ha detto il vicepresidente della Regione Siciliana [Luca Sammartino](#), che racconta in un'intervista rilasciata alla Sicilia a firma di Mario Barresi oggi in edicola, di come ha vissuto i primi sei mesi anche da Assessore Regionale e leader in Sicilia della Lega.

Le parole di Sammartino

“[Schifani](#) ha trovato in Matteo Salvini quello che lui stesso ha definito “il miglior ministro dei Trasporti che la Sicilia potesse avere”. Ed è così: ha messo l’infrastrutturazione della Sicilia come priorità del governo nazionale, a partire dal Ponte, con il raddoppio ferroviario e lo sblocco dei cantieri autostradali.

Poi parlando dei problemi quotidiani che impegna il Governo Regionale: “Il governo Schifani ha ereditato una quotidianità dei problemi che ingolfa e affatica l’azione amministrativa, ha detto Sammartino. “Un affaticamento legato a mancate scelte del passato, sulle quali come giunta stiamo intervenendo, gestendo le continue emergenze a cui stiamo provando a dare una soluzione definitiva”.

Leggi Anche:

Corsa a sindaco, un ticket Trantino – Lega ma Sudano non farebbe il vice sindaco

Il “tagliando” del governo

Poi sull’annuncio di Schifani sul “tagliando” al governo Regionale: “Quella del governo Schifani è una squadra scelta dai partiti assieme al presidente della Regione, che guida la macchina. Se è venuto il momento di un tagliando, in base ai risultati dell’azione amministrativa di ogni singolo assessore e di ciò che abbiamo prodotto in termini di azione di governo, siamo tutti chiamati a sottoporci a questo esame. Nessuno escluso”.

Sulla campagna acquisti di Forza Italia, Cancellieri e Chinnici: “Caterina – ha detto Sammartino – l’abbiamo sostenuta per rispetto di una storia e per le grandi qualità umane e amministrative che ha. Mi fa piacere vedere che un alleato trainante, com’è Forza Italia in Sicilia, aggrega anche personalità così autorevoli. Lo stesso sono certo avverrà anche nella Lega di Matteo Salvini”.

I due sorrisi, la corte, la durezza: Renato Schifani 'pigliatutto'



L'ultimo arrivato è Armao, dopo Cancelleri e Chinnici. E ancora...

IL PRESIDENTE di Roberto Puglisi

7 MAGGIO 2023, 13:27

0 Commenti Condividi

4' DI LETTURA

(Roberto Puglisi) Eravamo nelle vicinanze del Natale 2022. Renato Schifani aveva ancora molte gatte da pelare. Il presidente si concesse alle suggestioni di una chiacchierata e affrontò gli argomenti più spinosi senza reticenze. **Commentò i dissapori con Miccichè** – chiamiamoli così -, rammaricandosi dell'incomunicabilità con l'amico di una volta. Disse di essere stato sorpreso dalla sua stessa candidatura alla presidenza della Regione.

Rammentò i suoi brillanti studi scolastici e consegnò un motto alla breve posterità di questi giorni: **"Io non sono venuto per riposare"**. Un segnale ai naviganti: attenti, il fatto che sia stato presidente del Senato – **ecco il messaggio di semplice decodificazione** – non significa che sarò un 're travicello', noncurante dell'orizzonte regionale. Sono seduto sul mio trono democratico per governare e governerò nella pienezza del mio ruolo.

Alla fine di quel pomeriggio di confessioni pubbliche e private, il governatore inanellò due sorrisi. Il primo per accomiare il suo interlocutore. Il secondo come conseguenza delle sue parole. **Scorgemmo, appunto, l'ultimo sorriso e il pensiero fu istintivo: è un sigillo o un suggello per intendere che tutto andrà come deve andare e pazienza per**

chi... Magari sarà stata un'esegesi azzardata di sfumature. Tuttavia, risulta che pure altri abbiano notato la differenza. Infatti, hanno imparato a prendere molto sul serio *i diversamente sorrisi* del presidente della Regione.

Schifani 'pigliatutto'

A qualche mese di distanza non c'è dubbio: per l'inquilino del principale Palazzo del potere siciliano le cose non stanno andando male, nello scacchiere della gerarchia interna. *L'arcinemico Gianfranco Miccichè* – l'unico aspetto in comune con il predecessore, **Nello Musumeci** – è stato messo in un angolo a riflettere sui gravi errori tattici che ha commesso. **La convention palermitana di Forza Italia** ha dimostrato che, almeno nelle parate e nelle grandi occasioni, il sole è appena sorto sul regno di Renato, incoronato leader.

E c'è un sintomo inequivocabile che dimostra la forza di un potere, **ovvero la sua cosiddetta 'capacità di attrazione'**. Che chiama in causa ideali nobilissimi – come dubitarne – ma che sicuramente sottolinea la forza materiale della calamita di turno. **Ecco perché 'Schifani pigliatutto' rivendica da sé** – con l'astuzia di non esternarlo troppo – il consolidamento di un'esperienza.

Armao, Chinnici, Cancelleri...

Com'è noto, di recente, è approdato in quella corte dagli usci accoglienti Gaetano Armao, già candidato terzopolista alle scorse regionali, nominato esperto per i rapporti con Bruxelles. Lo hanno preceduto l'ex grillino **Giancarlo Cancelleri** e l'ex eroina del centrosinistra, **Caterina Chinnici**. Il sospetto che il potere e le garanzie abbiano contato molto nelle scelte personali non è affatto irrilevante. Chiunque, ovviamente, scherma se stesso con l'alibi del del più candido disinteresse, puntando su ragioni alternative e tutte di servizio.

Via libera dell'Europarlamento a cinque provvedimenti legati al pacchetto Pronti per il 55%

Dall'Ets alla carbon tax: stretta Ue sulle emissioni inquinanti

Pagine a cura

DI TANCREDI CERNE

Stretta Ue sul clima. il Parlamento europeo nelle scorse settimane ha approvato in via definitiva cinque nuove leggi, frutto di accordi raggiunti con i paesi dell'Unione alla fine del 2022, che fanno parte del pacchetto "Pronti per il 55% entro il 2030", la strategia comunitaria per ridurre le emissioni di gas serra di almeno il 55% entro il 2030 rispetto ai livelli del 1990. Tante le novità approvate dagli eurodeputati: dalla riforma del sistema di scambio di quote di emissione, che consentirà di abbattere entro il 2030 le emissioni, nei settori di pertinenza, del 62% rispetto ai livelli del 2005; a un nuovo meccanismo di adeguamento del carbonio alle frontiere (Carbon Tax); fino all'istituzione di un Fondo sociale per il clima con una dotazione di 86,7 miliardi di euro, che aiuterà a combattere la povertà energetica nel Vecchio continente. I testi dovranno passare adesso il vaglio formale del Consiglio prima della loro pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale dell'Ue che li renderà ufficiali allo scadere dei 20 giorni.

Entrando nel dettaglio, l'assemblea di Strasburgo ha dato il semaforo verde alla riforma del sistema di scambio di quote di emissione, uno dei principali pilastri messi in piedi dall'Ue per ridurre in modo sostanziale le proprie emissioni entro il 2030 e raggiungere l'obiettivo di zero emissioni nette entro il 2050. Il sistema di scambio delle emissioni (Ets) obbliga più di 11.000 centrali elettriche e fabbriche a richiedere un permesso per ogni tonnellata di CO2 che emettono, hanno spiegato dal Parlamento Ue. Si tratta di un chiaro incentivo a inquinare meno: meno si inquina, infatti, meno si paga. Le industrie devono comprare queste quote attraverso aste e il prezzo segue le regole della domanda e dell'offerta.

A seguito della crisi finanziaria del 2008, i permessi risultavano molto a buon mercato poiché la domanda era scesa ma l'offerta rimaneva invariata. Avere un grande surplus e prezzi bassi scoraggiava le aziende dall'investire in tecnologie verdi, ostacolando così l'efficienza del sistema nella lotta ai cambiamenti climatici, hanno sottolineato i membri del Parlamento Ue che, per ovviare a questo problema, nel 2015 hanno creato la riserva stabilizzatrice del mercato per allineare meglio l'offerta e la domanda di quote collocando

Le nuove regole approvate dal Parlamento Ue	
Riforma del sistema di scambio di quote di emissione	Graduale eliminazione delle quote gratuite per le imprese fra il 2026 e il 2034
	Creazione di un nuovo sistema Ets II (Emission trading scheme) per i carburanti per trasporto su strada e per gli edifici, per determinare il prezzo delle emissioni anche in questi settori dal 2027 (o dal 2028 se i prezzi dell'energia saranno eccezionalmente elevati)
	Inclusione, per la prima volta, nel sistema Ets delle emissioni di gas serra prodotte dal settore marittimo
	Revisione del sistema di scambio di quote di emissioni per il trasporto aereo per eliminare gradualmente le quote gratuite per il settore dell'aviazione entro il 2026, promuovendo l'uso di combustibili sostenibili
Nuovo Meccanismo di adeguamento del carbonio alle frontiere (CBAM)	Le aziende importatrici nell'Ue di prodotti coperti dal sistema Ets dovranno comunicare la quantità di emissioni contenute nelle merci alla frontiera e acquistare certificati di carbonio corrispondenti al prezzo che avrebbero pagato per produrre i beni all'interno dell'Ue
	Sarà introdotto gradualmente dal 2026 al 2034, in concomitanza con l'eliminazione progressiva delle quote gratuite nell'Ets
Fondo sociale per il clima per combattere la povertà energetica	Istituzione dal 2026 di un fondo per garantire una transizione climatica equa e socialmente inclusiva. Beneficiari saranno famiglie vulnerabili, microimprese e utenti dei trasporti colpiti dalla povertà energetica. Il fondo avrà una dotazione di 86,7 miliardi di euro

ne il 24% in una riserva dalla quale possono essere sbloccate in caso di carenza. Nel marzo scorso, l'Msr è stato esteso fino al 2030, con la finalità di proteggere l'Ue dal calo dei prezzi della CO2 dovuto a shock esterni come il Covid-19. Prezzi più bassi della CO2 significherebbero inferiori incentivi per l'industria a ridurre i gas serra. Tutto questo è storia.

Nei giorni scorsi, infatti, l'Europarlamento ha approvato con 413 voti favorevoli, 167 contrari e 57 astensioni una riforma del sistema che aumenta le ambizioni climatiche dell'Ue prevedendo riduzioni nelle emissioni pari al 62% rispetto ai livelli del 2005 entro il 2030 oltre a una graduale eliminazione delle quote gratuite per le imprese fra il 2026 e il 2034. Secondo quanto stabilito dalla nuova normativa, è stato creato anche un nuovo sistema Ets (Emission trading system) II per i carburanti per trasporto su strada e per gli edifici, che consentirà di determinare il prezzo delle emissioni anche in questi settori a partire dal 2027 (o dal 2028 se i prezzi dell'energia risulteranno ancora eccezionalmente elevati). Il Parlamento ha adottato una norma che impone, per

la prima volta, di includere nel sistema Ets anche le emissioni di gas serra prodotte dal settore marittimo, oltre alla revisione del sistema di scambio di quote di emissioni per il trasporto aereo. Tutto questo consentirà di eliminare gradualmente le quote gratuite per il settore dell'aviazione entro il 2026 (garantendo una riduzione del 25% delle assegnazioni gratuite per il 2024 e del 50% per il 2025), promuovendo così l'uso di combustibili sostenibili.

«Abbiamo raggiunto un accordo politico che rappresenta un buon equilibrio tra l'ambizione climatica nel settore dell'aviazione e il sostegno all'industria in questa transizione», ha sottolineato l'eurodeputata Suncana Glavak. «Sono estremamente soddisfatta che siamo riusciti a fornire uno strumento tangibile per aiutare la decarbonizzazione del settore, stanziando 20 milioni di quote Saf (sustainable aviation fuels). Si tratta di una misura chiave che sarà disponibile quando verranno utilizzati carburanti sostenibili per l'aviazione. Con questa decisione, affermiamo di essere al fianco del settore nel processo di transizione verde contribuendo anche a migliorare la

trasparenza nel settore dell'aviazione». Tra i punti chiave della normativa figura la possibilità di riservare 20 milioni di quote, tra il primo gennaio 2024 e il 31 dicembre 2030, agli operatori di aeromobili commerciali che aumentano l'uso di carburanti sostenibili per l'aviazione (Saf), come l'idrogeno da fonti energetiche rinnovabili, i carburanti rinnovabili di origine non biologica e i biocarburanti avanzati. Per far rispettare le nuove norme, inoltre, la Commissione stabilirà e applicherà un quadro per il monitoraggio, la comunicazione e la verifica delle emissioni non CO2 del trasporto aereo a partire dal 2025. Successivamente, nel 2027 sarà effettuata una valutazione, seguita da una proposta legale nel 2028 che estenderà l'ambito di applicazione del sistema Ets dell'Ue a questo segmento di emissioni. Infine, le entrate derivanti dalla vendita all'asta di 5 milioni di quote per il trasporto aereo saranno utilizzate attraverso il Fondo per l'innovazione per sostenere l'innovazione e le nuove tecnologie, compresa l'elettrificazione del settore. Una deroga al sistema sarà prevista solo per le emissioni prodotte fino al 2030 dai voli tra un aeroporto situato in

una regione ultraperiferica di un Paese dell'Ue e uno posizionato nello stesso Paese.

Novità in arrivo anche per il trasporto marittimo. Gli eurodeputati hanno stabilito di includere, per la prima volta, nel sistema Ets anche le emissioni generate dal comparto dei trasporti via mare obbligando le società di navigazione a versare il 40% delle loro emissioni generate nel 2026 per poi salire al 70% nel 2025 fino ad arrivare nel 2027 al 100% delle emissioni emesse. Una regola che il Parlamento ha deciso di allargare al metano e protossido di azoto. Una regolamentazione inserita nell'ambito del programma Ets che sarà applicata fin da subito alle navi di grandi dimensioni mentre le navi d'altura ricadranno, almeno in una prima fase nel regolamento MRV relativo al monitoraggio, la comunicazione e la verifica delle emissioni di CO2 generate dal trasporto marittimo prima di allinearsi, successivamente alla regolamentazione Ets.

Tra le norme varate dal Parlamento Ue figura, inoltre l'istituzione di un Fondo sociale per il clima dell'Ue (Scf) a partire dal 2026 che dovrà garantire una transizione climatica equa e socialmente inclusiva di cui beneficeranno le famiglie vulnerabili, le microimprese e gli utenti dei trasporti particolarmente colpiti dalla povertà energetica. Non appena operativo, il Fondo sociale per il clima sarà finanziato dai ricavi della messa all'asta di 50 milioni di quote Ets (stimate in circa 4 miliardi di euro). Una volta che l'estensione del sistema Ets entrerà in vigore, il Fondo potrà quindi beneficiare di un finanziamento complessivo derivante dalle aste di quote Ets II fino a un importo di 65 miliardi di euro, con un ulteriore 25% coperto da risorse nazionali (per un totale stimato di 86,7 miliardi di euro). Infine, gli eurodeputati hanno dato il via libera alle norme che disciplinano il nuovo Meccanismo di adeguamento del carbonio alle frontiere (Cbam), la cosiddetta Carbon Tax con l'obiettivo di incentivare i Paesi terzi ad accrescere le proprie ambizioni climatiche e garantire che gli sforzi climatici globali e dell'Ue non siano messi in pericolo dalla delocalizzazione della produzione in paesi extra Ue con politiche climatiche meno ambiziose. Il nuovo meccanismo include ferro, acciaio, cemento, alluminio, fertilizzanti, elettricità, idrogeno ed emissioni indirette.

One Health: il 75% delle malattie emergenti ha origine zoonotica, servono politiche integrate

di Paolo Castiglia



Si è creata l'opportunità per affrontare in un modo nuovo l'approccio "One Health" nel nostro Paese. Questo grazie all'inclusione formale del "Programma Ambientale" delle Nazioni Unite (Unep) nella condivisione con WHO, UN, FAO e WOAHA nel 2022, e con il successivo lancio del "Global One Health Joint Plan of Action" (OH-JPA 2022-26).

I dati epidemiologici dell'OMS evidenziano come il 75% delle malattie emergenti dell'uomo, riconosciute negli ultimi decenni, abbiano un'origine zoonotica, quali Ebola, Aids, influenza aviaria e Covid-19. In quest'ottica, obiettivo primario dell'approccio One Health è quello di spingere i molteplici settori disciplinari coinvolti a vari livelli, ad una integrazione completa delle competenze per prevenire le minacce per la salute e gli ecosistemi.

Il paradigma One Health ritiene essenziali sinergie nel campo della prevenzione e gestione delle

infezioni trasmissibili e rischi sanitari, non potendo prescindere da percorsi multidisciplinari integrati, e chiede che integrati siano anche i processi diagnostici, imponendo alle tecnologie di frontiera caratteristiche di dinamicità, flessibilità e scalabilità.

“La visione olistica del One Health ci ricorda come esista un’unica salute, poiché nella relazione tra le varie componenti, nessuna predomina sulle altre. Questo modello circolare e integrato per promuovere il lavoro congiunto tra discipline diverse deve essere rafforzato da una governance forte e pratiche per la salute che abbiano una visione del futuro chiara, al fine di orientare in modo efficace i decision-makers” precisa Giacomo Pardini, Senior Country Manager di Hologic Italia.

Un approccio ed un metodo non più rinviabili: la sfida è metterlo in pratica attraverso una concreta applicazione di meccanismi di protezione della salute e promozione della prevenzione, non più confinate in modo miope alla sola sfera umana e traducendo in operativa quell’idea di integrazione ed unificazione che abbraccia la salute di persone, animali ed ecosistemi, in una dimensione che non ha limiti, né di applicazione, né di flussi di lavoro integrati.

“Chiunque di noi ne abbia vissuto la drammaticità della prima ondata, ha imparato quanto una pandemia modifica l'ordinaria concezione del tempo. Di come le dinamiche consolidate di gestione della routine di laboratorio siano state stravolte, definitivamente modificate, messe in ginocchio, a volte, da ritmi e velocità così dissonanti rispetto al silenzio assordante di strade e piazze deserte” spiega Paolo Bonini, Scientific Affairs di Hologic Italia.

Il lavoro del mondo scientifico e sanitario deve, quindi, richiedere il coinvolgimento di sistemi diagnostici che rispondano alle nuove esigenze di copertura del monitoraggio, attraverso piattaforme che possano rispondere alle linee di azione del OH-JPA, senza barriere né in termini di target né di flussi di lavoro.

Il Covid ci ha insegnato che l’efficacia di monitoraggio e gestione dipende da processi di laboratorio che devono essere rapidamente scalabili, dalle routine ordinarie a quelle straordinarie di gestione di un evento pandemico, consentendo, così, di trasformare una emergenza in diagnostica di urgenza.

Una piattaforma che metta a disposizione del laboratorio quelle caratteristiche di dinamicità e flessibilità in grado di raggiungere gli obiettivi di ottimizzazione delle risorse umane e delle performance diagnostiche, e reattiva nel fronteggiare un futuro globale tra spillover e pandemie.

Covid, OMS: «Vogliamo fine pandemia, ma virus resterà e va gestito»

Il messaggio lanciato dal direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ai componenti del Comitato di emergenza su Covid che oggi sono riuniti per valutare la possibilità di porre fine all'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (Pheic), dichiarata il 30 gennaio 2020

di Redazione



«La stanchezza da pandemia ci minaccia tutti. Ne abbiamo abbastanza, siamo tutti stanchi di questa pandemia e vogliamo lasciarcela alle spalle. Nonostante le “incertezze sull’evoluzione del virus Sars-CoV-2, per ciascuna delle ultime 10 settimane il numero di decessi settimanali segnalati è stato il più basso da marzo 2020. Ma questo virus è qui per restare e tutti i Paesi dovranno imparare a gestirlo insieme ad altre malattie infettive». E’ il messaggio lanciato dal direttore generale dell’Organizzazione mondiale della sanità (Oms), **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, ai componenti del Comitato di emergenza su Covid che oggi sono riuniti per valutare la possibilità di porre fine all’emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (Pheic), dichiarata il 30 gennaio 2020.

Continua il trend a ribasso

All'ultimo incontro di gennaio dell'Ihr Emergency Committee, ha ricordato il Dg Tedros, «avevo fatto segnalato che il **numero di decessi settimanali** per Covid stava diminuendo, dopo il picco registrato in Cina quando nel Paese sono state revocate le restrizioni. Fa molto piacere vedere che il trend al ribasso è continuato da allora. E questa tendenza sostenuta verso il calo ha permesso alla vita di tornare alla "normalità" nella maggior parte dei Paesi, ha aumentato la capacità dei sistemi sanitari di far fronte a potenziali recrudescenze e al peso della condizione post-Covid o Long Covid».

Le incertezze: trasmissione e stagionalità

Allo stesso tempo, ha fatto notare il Dg, «persistono alcune incertezze critiche sull'evoluzione del virus, che rendono difficile prevedere le future dinamiche di trasmissione o la stagionalità. **La sorveglianza** e il sequenziamento genetico sono diminuiti in modo significativo in tutto il mondo, rendendo più difficile rintracciare varianti note e rilevarne di nuove. Le disparità nell'accesso agli interventi salvavita continuano inoltre a mettere a rischio inutilmente milioni di persone in tutto il mondo, in particolare i più vulnerabili».

Dall'emergenza alla gestione a lungo termine

Il capo dell'Oms si è soffermato sull'importanza di passare da una fase di emergenza alla gestione a lungo termine del virus, insieme alle altre malattie infettive, uno degli obiettivi del **piano strategico** diffuso ieri, proprio alla vigilia della riunione del comitato d'emergenza. Si tratta, ha evidenziato il Dg, del «quarto piano strategico di preparazione e risposta al Covid, che delinea le azioni cruciali in tutte le componenti fondamentali della risposta: sorveglianza collaborativa, protezione della comunità, assistenza sicura e ampliabile, accesso alle contromisure e coordinamento delle emergenze», ha concluso Tedros.

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 08 MAGGIO 2023

Esiste ancora il Ssn? La fine dell'ottimismo. Analisi sulla fuga dei medici dalla sanità pubblica

Non sorprendiamoci se i medici lasciano il sistema sanitario nazionale: a furia mancati adeguamenti alla inflazione, mancate riforme, tassazione eccessiva, inapplicabilità del contratto, contenzioso medico legale non governato.... a mio avviso il “bicchiere SSN della dipendenza” nella sanità pubblica non esiste più o quantomeno si è rotto e nessuno ha intenzione di porvi rimedio.

Ritengo che il bicchiere sia sempre “mezzo pieno”. Non è solo un atteggiamento dato dal carattere, bensì una scelta. Il lavoro, in medicina in modo particolare, andrebbe affrontato sempre con un cauto ottimismo. Farsi vedere depressi o scoraggiati manda al paziente un messaggio non verbale di paura in un momento (la malattia) di fragilità. In sintesi, le difficoltà lavorative non devono mai e poi mai ricadere sui pazienti.

Oggi però faccio sempre più fatica a sorridere, a mostrarmi ottimista, perché il problema non è se il bicchiere sia mezzo pieno o mezzo vuoto (lì dove l'acqua è costituita sicuramente del personale del sistema sanitario nazionale). Oggi il problema è che faccio fatica a vedere integro il bicchiere (ovvero il Sistema Sanitario Nazionale).

Senza bicchiere, ovvero in assenza del contenitore, l'acqua si disperde nel tavolo. Ed è esattamente quello che sta succedendo oggi in sanità! I medici fuggono in particolare dalla dipendenza ospedaliera, preferendo il privato o la medicina generale, vedendo in quegli ambiti lavorativi “bicchieri” più accoglienti e performanti o semplicemente meglio retribuiti. Non bisogna fare dei calcoli di macro economia, ma con un'inflazione che gira al 11% aver aumentato di 2 miliardi di euro la spesa del servizio sanitario nazionale (la cui spesa complessiva ammonta a 124 miliardi di euro) significa averla aumentata di meno del 2%, Fonte ministeriale: *“Il nuovo livello del fabbisogno sanitario nazionale, che rappresenta il finanziamento complessivo della sanità pubblica e di quella accreditata in Italia, è stato da ultimo fissato dalla legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021) in 124.061 milioni di euro per il 2022, 126.061 milioni per il 2023 e 128.061 milioni per l'anno 2024.”*

In sintesi negli ultimi anni e per gli anni a venire, ogni anno il sistema sanitario nazionale deve fare i tagli per 8 – 10 miliardi di euro per garantire identiche prestazioni!

“L'Istat ha comunicato che nel mese di ottobre 2022 l'indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività (al lordo dei tabacchi) ha registrato un aumento dell'11,8% su base annua (dal +8,9% del mese precedente)”

Ma siamo sicuri che in sanità l'inflazione sia SOLO dell'11%? Un esempio?

Vogliamo analizzare i costi della chirurgia Robotica, vogliamo vedere i costi delle protesi? Vogliamo analizzare i costi dei farmaci oncologici biologici?

Credetemi l'aumento di spesa supera di tanto l'aumento delle zucchine al mercato. L'inflazione in medicina viaggia sul 15%. Ecco perché non aumentano gli stipendi.

Il defianziamento sta mettendo in ginocchio tutte le aziende sanitarie ma in particolar modo i DEA di secondo livello che sono costretti a comprare i presidi più costosi. Nel Lazio, per esempio, come sempre, le A.O. sono campioni di deficit (anche quelle private o universitarie).

Ma non è solo un problema della Regione Lazio, tanto è vero che tutte le Regioni stanno andando in piano di rientro. Nella mia regione, il Lazio, si ricomincia con il balletto del risparmio e dei tagli. Film già visto! Il governatore della regione Lazio, mi dispiace di dirlo un medico, ha iniziato malissimo: bloccando le assunzioni rivedendo al ribasso i piani assunzionali delle aziende, forse prevedendo chi i pazienti possano fare a meno di medici ed infermieri! Visto che tutte le aziende del Lazio sono in deficit (ricordate l'inflazione?) non solo blocca le assunzioni ma decide anche di bloccare anche le carriere e peggio le progressioni di carriera. Non potendo cacciare nel breve periodo i direttori generali (nominati dalla giunta precedente), vuole "lui" decidere chi può progredire della carriera e chi no.

In sintesi a che serve rinnovare un contratto? Che lo facciamo a fare un "contenitore di regole comuni" (il CCNL), se poi basta una determina regionale per mandarlo all'aria! Come facciamo a convincere i colleghi a rimanere in un sistema che non c'è più, in un sistema che non può premiare la professionalità con progressione di carriera ma che la lega solo all'appartenenza politica? Perché di questo si tratta: la regione non può conoscere i professionisti che lavorano in un'azienda, le loro capacità, la loro dedizione al lavoro. Tanto è vero che il CCNL assegna alla Aziende questo compito. Se Regione Lazio vuole decidere lei i nomi che possono essere promossi o bocciati significa che l'unico modo per arrivare a ottenere delle posizioni sarà quello di "vendersi alla politica". Clientelismo in delibera!

Anche il ministero della sanità è governato da un medico. Almeno lui ha tante buone intenzioni! Ma governa lui il Ministro o lo fa il ministro dell'economia che non da fondi? Nessun recupero della inflazione, Non un euro per il rinnovo del contratto che dovrebbe far recuperare l'inflazione nelle buste paga dei lavoratori (i pensionati la hanno avuta). Non una detassazione delle prestazioni aggiuntive che nel privato sono state invece detassate. In questi ultimi giorni scopriamo che siamo governati anche dal ministero della giustizia On. Nordio, il quale, sbugiardando il Ministro Schillaci, ha già detto che non sarà possibile depenalizzare l'atto medico (come avviene in tutti i paesi civili del mondo). Come contentino nomina una commissione composta da noti giuristi (ovviamente diventa difficile che poi questi stessi vadano contro la categoria degli avvocati che dai contenziosi guadagna) ma composta anche da grandissimi professori universitari illustri professionisti di area medica, colleghi che certamente rappresenteranno la loro alta professionalità, ma non so fino a che punto abbiano conoscenze puntuali sulla colpa medica, ovvero che abbiano argomenti da contrapporre ai componenti degli avvocati e magistrati. Come al solito non c'è nessun rappresentante dell'organizzazioni sindacali ma neanche della Fnomceo che probabilmente avrebbero qualcosa in più da dire!

Anche questo è un "contenitore" che manca! Un contenitore (una legge) che farebbe lavorare meglio i medici.

Allora non lamentiamoci o peggio sorprendiamoci se i medici lasciano il sistema sanitario nazionale: a furia mancati adeguamenti alla inflazione, mancate riforme, tassazione eccessiva, inapplicabilità del contratto, contenzioso medico legale non governato.... a mio avviso il "bicchiere SSN della dipendenza" nella sanità pubblica non esiste più o quantomeno si è rotto e nessuno ha intenzione di porvi rimedio.

Francesco Medici

Consigliere Nazionale Anaao Assomed

Ferie non godute: c'è chi ha "regalato" all'Azienda sanitaria 450 giorni (e potrebbe ricevere 117mila euro di indennizzo)

A causa della carenza di personale sono tantissimi i medici che non riescono ad andare in ferie anche se ne fanno esplicita richiesta. Ma cosa dice la giurisprudenza e cosa può fare un professionista per vedersi riconosciuto il giusto indennizzo?

di *Arnaldo Iodice*



Cosa vuol dire andare in pensione con centinaia di giorni di **ferie non godute**? Lo sanno molto bene i medici italiani che, a causa della ormai cronica carenza di personale, a cui seguono inevitabili problematiche organizzative, non riescono ad andare in ferie anche se ne fanno esplicita richiesta. Secondo un sondaggio di **Anaao-Assomed**, sono più di 5 milioni i giorni di ferie accumulati negli anni dalla classe medica. In particolare, in area medica il 15% degli intervistati ha più di 120 giorni di ferie arretrate, in area chirurgica il 14,8%, in area servizi e in dirigenza sanitaria il 6,5%. A i 5 cinque milioni vanno inoltre aggiunti anche tutti i giorni di ferie che i sanitari, entrati in pensione o comunque non più in rapporto lavorativo con la pubblica amministrazione negli ultimi 10 anni, hanno dovuto "lasciare sul campo".

Il tema della mancanza di professionisti sanitari è stato sollevato anche nel corso di un recente Question time alla Camera, in cui il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, ha ricordato di aver istituito, proprio a ridosso dell'inizio del suo mandato, «un apposito gruppo di lavoro con l'obiettivo di affrontare la questione della carenza del personale sanitario e il conseguente ricorso da parte delle aziende sanitarie ad affidamenti esterni. I temi che si stanno approfondendo costituiranno i contenuti di nuove proposte normative, che intendo adottare prima dell'inizio dell'estate».

Un problema enorme, dunque, che a sua volta ne genera altri: dai rischi per la tenuta fisica e mentale dei professionisti (che si traducono in possibile burnout e in casi di malpractice causati dallo stress a cui vengono quotidianamente sottoposti) allo spostamento in reparti di emergenza-urgenza di professionisti non idonei alle mansioni richieste (ad esempio, oculisti che vengono spostati in Pronto soccorso). Ma non va messo in secondo piano anche un problema di tipo economico che riguarda sia il professionista che l'Azienda. Ciò accade perché queste ultime sono solite negare ai dipendenti la monetizzazione delle ferie non godute al momento della cessazione del rapporto lavorativo. Ma cosa dice, in questo senso, la giurisprudenza, e cosa può fare un professionista per vedersi riconosciuto il giusto indennizzo per le ferie non godute? Approfondiamo l'argomento con l'avvocato **Francesco Del Rio (Consulcesi & Partners)**.

Le cause del problema

«Sempre più spesso – spiega l'avvocato Del Rio – i **dipendenti sanitari**, in particolar modo quelli appartenenti alla categoria medica, non riescono ad andare in ferie anche se lo richiedono. Può dunque accadere che, una volta entrato in quiescenza o dimessosi da un'amministrazione pubblica, perché magari passato all'attività libero-professionale, e dunque una volta cessato il rapporto di lavoro con la struttura, un professionista chieda alla stessa la **liquidazione delle ferie non godute**. E di solito, a questo punto, riceve inesorabilmente un fermo diniego motivato, succintamente, con il divieto imposto dalla legge di procedere al riconoscimento di indennizzi economico a titolo di ferie non godute».

Cosa dice la normativa comunitaria

La **Direttiva 2003/88/CE**, che regola gli orari di lavoro nel settore pubblico, sancisce che «ogni dipendente ha diritto a un periodo di ferie annuali retribuite e non rinunciabile e che è vietata la monetizzazione delle ferie fino al momento della cessazione del rapporto lavorativo. E ciò ha senso in quanto serve a impedire al datore di usare questo strumento per far lavorare di più i dipendenti, spingendoli a rinunciare alle ferie in cambio di denaro. In Italia, però, abbiamo dato un'interpretazione parzialmente diversa: è vietata la monetizzazione delle ferie, punto. Questo è un principio che però contrasta con la normativa comunitaria».

Consulcesi & Partners: i migliori avvocati sempre a tua disposizione

Il network con i migliori studi legali pronti ad assisterti in tutte le principali aree del diritto: amministrativo, civile, penale, lavoro e previdenza,

recupero crediti, responsabilità professionale, tasse e tributi.

SCOPRI DI PIÙ

La Corte di Giustizia Europea «ha infatti più volte affermato che l'articolo 7 della Direttiva 2003/88/CE va interpretato nel senso che contrasta con una normativa nazionale che preveda il mancato riconoscimento dell'indennizzo per le ferie di cui il lavoratore non abbia potuto usufruire per causa a lui non imputabile prima della data della cessazione del rapporto. Questo significa che il dipendente non solo non può perdere il diritto a fruire delle ferie pregresse, ma soprattutto permane il suo diritto a vedersene monetizzate dopo la cessazione del rapporto di lavoro».

È dunque il datore di lavoro a dover dimostrare di «aver adottato tutte le misure idonee a consentire al lavoratore di esercitare concretamente il suo diritto, informandolo allo stesso tempo che la mancata fruizione potrebbe comportare la perdita dell'indennizzo: se il lavoratore ha, nonostante tutto, rinunciato volontariamente e consapevolmente, allora (e solo allora) perderà la possibilità di essere indennizzato, ma se ciò non accade è possibile attivarsi nei confronti dell'Azienda sanitaria per richiedere il pagamento dell'indennità per i giorni di ferie accumulati negli anni nella misura pari alla retribuzione lorda per ogni giorno non goduto, oltre ai riflessi previdenziali».

C'è poi da aggiungere che «la prescrizione del diritto all'indennizzo è decennale e decorre dal giorno in cui è cessato il rapporto di lavoro, per cui ancor più rilevante potrebbe essere il numero di coloro che potrebbero utilmente richiedere il pagamento dell'indennizzo per le ferie di cui non hanno potuto godere nella loro carriera lavorativa».

A quanto può ammontare la monetizzazione delle ferie non godute

«Mediamente – spiega l'avvocato Del Rio –, le richieste che riceviamo si aggirano fra gli 80 ai 200 giorni di ferie non godute. Stiamo però trattando il caso di un professionista che è arrivato addirittura a 450 giorni: circa 18 mesi di ferie accumulate, ovvero un anno e mezzo. Parliamo dunque di un indennizzo che potrebbe arrivare a 117mila euro, con riflessi in termini contributivi».

Di recente, inoltre, i legali di Consulcesi & Partners hanno ottenuto sentenze favorevoli da diversi Tribunali (Roma, Modena, Macerata, Siena e altri) che hanno visto la condanna delle Aziende a pagare, in favore dei sanitari assistiti, fino a 56mila euro, oltre al rimborso delle spese legali. «L'ultima in ordine di tempo è quella della Sezione Lavoro del **Tribunale di Chieti** – spiega ancora l'avvocato del Rio –, la quale ha accolto la domanda del ricorrente e ha liquidato una somma superiore ai 42mila euro. Il sanitario aveva reclamato il pagamento dell'indennizzo per le ferie arretrate e si era visto opporre un deciso rifiuto dell'Azienda con la motivazione che, trattandosi di ruolo dirigenziale apicale, non necessitava di alcuna autorizzazione per fruire dei riposi, in quanto poteva attribuirseli in totale autonomia. Il Tribunale non ha neppure dato corso alla fase istruttoria e in pochi mesi ha risolto la contesa accogliendo integralmente la richiesta del professionista».

quotidiano**sanità**.it

Sabato 06 MAGGIO 2023

Malattie rare. Arriva il nuovo Piano nazionale. Per attuarlo stanziati 50 mln. Diagnosi più rapide, migliore erogazione dei farmaci e assistenza integrata. Ecco cosa prevede

Il testo che Quotidiano Sanità è in grado di anticipare dovrà essere approvato dalla Conferenza Stato Regioni. Previsto per la sua attuazione uno stanziamento di 25 mln a valere sul Fondo sanitario nazionale per ciascuno degli anni 2023 e 2024 il cui riparto tra le Regioni sarà da definire con una successiva intesa. Le Regioni e Pa dovranno recepire i documenti con propri provvedimenti e a dare attuazione, entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore. Ecco tutte le novità. [IL PIANO](#)

Pronto il Piano nazionale per le malattie rare 2023-2026. Il testo dovrà essere ora prima valutato dalle Regioni e poi inviato alla Conferenza Stato Regioni per la sua possibile approvazione. Il Piano è uno strumento di programmazione e pianificazione centrale nell'ambito delle malattie rare, che fornisce indicazioni per l'attuazione e l'implementazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea). L'ultimo approvato era il PNMR 2013-2016, la proposta di nuovo piano 2023-2026 rappresenta una cornice comune degli obiettivi istituzionali da implementare nel prossimo triennio, delineando le principali linee di azione delle aree rilevanti nel campo delle malattie rare.

Previsto per la sua attuazione uno stanziamento di 25 mln a valere sul Fondo sanitario nazionale per ciascuno degli anni 2023 e 2024 il cui riparto tra le Regioni sarà da definire con una successiva intesa. Le Regioni e Pa dovranno recepire i documenti con propri provvedimenti e a dare attuazione, entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore.

Il documento che *Quotidiano Sanità* è in grado di anticipare è strutturato in capitoli verticali che includono azioni specifiche e capitoli orizzontali che includono azioni che contribuiscono trasversalmente a integrare tutti gli ambiti principali:

- **Capitoli verticali:** Prevenzione Primaria; Diagnosi; Percorsi assistenziali; Trattamenti farmacologici; Trattamenti non farmacologici, Ricerca;
- **Capitoli orizzontali:** Formazione; Informazione, Registri e monitoraggio della Rete nazionale delle malattie rare.

Inoltre, per ogni capitolo è stata predisposta una struttura standard che include i seguenti elementi: Premessa; Obiettivi; Azioni; Strumenti; Indicatori.

PREVENZIONE PRIMARIA

Tra gli **obiettivi** qui troviamo innanzitutto il poter assicurare una consulenza genetica, in quanto strumento importante di informazione e di prevenzione. E questo perché circa l'80% delle malattie rare ha un'origine genetica. Oltre a questo, su punta a ridurre o eliminare i fattori di rischio noti e promuovere fattori protettivi correlati alle MR, tra questi: l'aumento dell'età materna è un fattore di rischio per le embriopatie aneuploidi; l'aumento dell'età paterna è un fattore di rischio per le mutazioni de novo e perciò per malattie rare dominanti e patologie genomiche (microdelezioni e microduplicazioni); fattori ambientali correlati alle esposizioni (es. metalli pesanti quali piombo e mercurio, pesticidi) per quelle patologie rare per cui esistono maggiori evidenze scientifiche; ma anche agenti infettivi come citomegalovirus (CMV), toxoplasmosi, rosolia, zika virus che se contratti

soprattutto nelle prime fasi di gravidanza, possono comportare danni quali aborto spontaneo, microcefalia, lesioni neurologiche del feto, difetti alla vista o cecità completa, perdita uditiva, malformazioni cardiache e disabilità intellettiva.

Quanto alle **azioni** elaborate per raggiungere gli obiettivi troviamo dei percorsi preconcezionali, la consulenza genetica e i test genetici. Ma anche promuovere campagne informative specifiche per le patologie rare con particolare attenzione, ad esempio, su farmaci teratogeni con consulenza specialistica in gravidanza e nel post-parto; garantire cure preconcezionali appropriate alle donne con diabete, epilessia e altre malattie croniche

(malassorbimenti), al fine di minimizzare il rischio di anomalie congenite; promuovere campagne informative su sani stili di vita, alimentazione e nutrizione nelle donne in età fertile; promuovere l'astensione dal fumo (attivo e passivo) e di bevande alcoliche; prestare particolare attenzione all'alimentazione e agli stili di vita nelle comunità a basso status socioeconomico o di recente immigrazione.

DIAGNOSI

Nel percorso diagnostico, la diagnosi genetica costituisce una parte essenziale per la maggior parte delle MR ed è opportuna ogni qual volta ricorrano le condizioni di appropriatezza in relazione alla specificità del singolo caso. La scelta del tipo di test genetico e della metodica utilizzata deve essere appropriata in base al quesito clinico, alla tempestività richiesta nella risposta e alla capacità di definire la diagnosi in modo accurato e clinicamente rilevante.

Tra gli **obiettivi** qui troviamo la riduzione dei tempi medi di diagnosi mediante: una maggiore consapevolezza e formazione dei clinici, dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale e di tutte le altre professioni sanitarie e socio-sanitarie; la riduzione dei tempi d'invio del paziente al centro competente per quella patologia; la riduzione dei tempi di risposta del Centro di riferimento. Si dovrà inoltre prevedere nei Lea le prestazioni per l'analisi del genoma e indagini biochimiche per la diagnostica di malattie ereditarie del metabolismo secondo criteri di appropriatezza ed efficacia e favorevoli risultati di costo/beneficio. Si dovrà poi garantire una valutazione del rischio individuale a tutte le donne in gravidanza e, in base a questo, l'accesso alla diagnosi prenatale con metodiche invasive e/o non invasive in centri competenti e qualificati; la diagnosi prenatale compresa quella genetica preimpianto a tutte le coppie con un rischio genetico di ricorrenza personale o familiare che si rivolgono alla Pma; gli screening neonatali e postnatali a cascata dopo l'identificazione di un caso indice laddove possibile ed appropriato.

Molte in questo caso le **azioni** indicate nel piano, tra queste troviamo: indirizzare tempestivamente e correttamente la persona con il sospetto diagnostico o la diagnosi confermata di MR ai Centri di riferimento della Rete Nazionale MR; definire dei percorsi e protocolli per la diagnostica genetica nelle MR; monitorare ed eventualmente programmare l'offerta dei laboratori di genetica medica che effettuano i test genetici; incentivare la dotazione e l'utilizzo di tecnologie avanzate di diagnostica per immagini, laboratoristica e strumentale per migliorare le capacità diagnostiche della rete nazionale malattie rare.

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

L'accesso ai trattamenti per le malattie rare, si spiega, deve essere garantito secondo principi di efficacia, tempestività, equità e semplificazione dei percorsi, con attenzione sia ai trattamenti eziologici con azione mirata sul meccanismo patogenetico alla base della malattia, laddove esistenti, sia a quelli sintomatici e di supporto finalizzati al controllo e al miglioramento dei sintomi. Deve essere preservata la qualità di vita dei pazienti, il mantenimento delle funzioni, e il contrasto delle comorbidità.

In questo caso, tra gli **obiettivi** da perseguire troviamo: favorire l'accesso tempestivo a farmaci eziologici, patogenetici, sintomatici e sostitutivi di dimostrata efficacia nel modificare positivamente la storia naturale della malattia e migliorare la qualità di vita del paziente; facilitare e semplificare gli accessi a tutte le opzioni terapeutiche previste dai Piani Terapeutici Individuali e redatti dai clinici dei Centri di riferimento per le malattie rare; creare un sistema equo di accesso ai trattamenti per le malattie rare abbattendo le disparità tra differenti aree geografiche; integrare la valutazione Hta.

Tra le **azioni** suggerite troviamo: valutazione integrata, da parte di Aifa, degli strumenti normativi esistenti al fine di ottimizzare il loro utilizzo per le diverse casistiche in modo trasparente e omogeneo tra tutte le Regioni; istituzione di un gruppo di lavoro congiunto Aifa e Tavolo tecnico per le malattie rare delle Regioni per predisporre una ricognizione dei farmaci non in fascia A, H o compresi nella legge n. 648/1996 e delle

altre strategie terapeutiche già garantite nelle varie Regioni/PPAA e per redigere, entro 12 mesi dalla pubblicazione del presente piano, un elenco unico su base nazionale, annualmente rinnovato; individuare i percorsi che consentano l'effettiva erogazione di tali farmaci a carico del Ssn in modo omogeneo in tutto il Paese; definizione delle modalità che consentano il trattamento a carico del Ssn, anche presso la Asl di residenza, del paziente con piano redatto da un Centro di riferimento fuori dalla Regione di residenza; assicurare l'importazione di farmaci in commercio in altri Paesi con indicazioni diverse rispetto all'utilizzo per la malattia rara, per la quale esistono evidenze scientifiche di efficacia e sicurezza, purché compresi nei piani terapeutici redatti dai Centri di riferimento per malattie rare.

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

I trattamenti non farmacologici, comprendenti una serie articolata di prodotti molto diversi tra di loro tra cui alimenti a fini medici speciali, integratori, parafarmaci e cosmetici, presidi, dispositivi medici, protesi, ausili, trattamenti riabilitativi di vario genere per funzione o per organo, etc. costituiscono strumenti essenziali per la presa in carico del malato raro, sia perché per molte persone essi costituiscono le uniche opzioni possibili di intervento, sia perché essi sono comunque una parte essenziale del complesso piano di presa in carico del malato associati a uno o più farmaci eziologici, sintomatici o per le comorbidità.

Tra i diversi **obiettivi** da perseguire qui troviamo: garantire per i malati rari l'accesso ai trattamenti non farmacologici compresi nei piani di presa in carico definiti dai Centri di riferimento per malattie rare, quando ritenuti dai clinici prescrittori essenziali e non sostituibili in base a esplicite evidenze scientifiche e/o dati presenti in letteratura e/o esperienze ampiamente condivise; organizzare le reti regionali/interregionali per malattie rare in modo che tali trattamenti siano erogati ed eventualmente messi in atto nei luoghi, negli ambiti assistenziali e nei servizi più adeguati alla complessità clinica e particolarità del trattamento e contemporaneamente più vicini al luogo di vita del paziente; raccogliere le informazioni in real world circa la consistenza e gli esiti dei piani terapeutici integrati comprendenti solo o anche trattamenti non farmacologici.

Quanto alle **azioni** possiamo menzionare la definizione di un percorso amministrativo che dalla prescrizione del trattamento all'interno del piano di presa in carico redatto dal Centro di riferimento per malattie rare porta all'eventuale approvvigionamento e alla erogazione del trattamento in modo che siano stabiliti ruoli e compiti di ciascun decisore coinvolto, ambito di discrezionalità della decisione o della sua mandatorietà. E poi, definire linee guida condivise che possano essere applicate nella valutazione di essenzialità e non sostituibilità dei trattamenti non farmacologici per i quali spesso sono carenti solide evidenze scientifiche; Effettuare una ricognizione dei trattamenti non farmacologici più frequentemente erogati, al fine di predisporre un elenco nazionale che comprenda tali trattamenti; favorire la sperimentazione di tecnologie Hta.

PERCORSI ASSISTENZIALI

L'assistenza alle persone con malattie rare richiede una molteplicità di competenze, interventi e prestazioni erogate in setting assistenziali (ambiente, ricovero ospedaliero, ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, domiciliare, etc.) diversi e presso servizi spesso anche geograficamente molto lontani tra loro. Tutto ciò implica spostamenti del malato tra più sedi, servizi e vari specialisti per gli interventi necessari al trattamento e al monitoraggio della sua patologia. Questo collegamento tra i vari setting assistenziali definisce il percorso assistenziale individuale di ciascuna persona, che dipende dalla complessità dei problemi assistenziali e dei bisogni diversificati di ogni paziente. Il percorso assistenziale si deve svolgere all'interno di una rete che deve congiungere in modo ordinato e programmato i centri per l'assistenza ai malati rari anche lontani dalla loro residenza, gli ospedali più prossimi al loro luogo di vita e i servizi territoriali, fino all'assistenza al domicilio del paziente stesso, secondo l'assetto organizzativo previsto in un dato territorio.

La rete è composta da nodi che si articolano essenzialmente in due macro-ambiti: setting ospedaliero dei Centri di riferimento e ospedali ad essi collegati, e setting territoriale, comprendente il distretto, l'ospedale di comunità, le altre residenze non ospedaliere, le case di comunità e il luogo di vita della persona con malattia rara.

Tra gli **obiettivi** da perseguire, dal punto di vista della persona con malattia rara troviamo: assicurare la continuità assistenziale, diminuire i tempi di latenza tra esordio della patologia e diagnosi e garantire cure appropriate nei luoghi più adatti di erogazione; garantire la miglior qualità di vita possibile in funzione delle condizioni cliniche, la maggior inclusione e ruolo sociale possibile e le maggiori opportunità di realizzazione

nella dimensione educativa, lavorativa e di vita sociale; assicurare l'accompagnamento e il supporto psicologico alla persona con malattia rara e alla sua famiglia verso l'acquisizione di un ruolo consapevole e partecipativo nella gestione della propria salute e nelle scelte della propria vita; accompagnare la transizione delle cure dall'età pediatrica all'età adulta.

A questi si vanno poi a sommare ulteriori obiettivi riguardanti in senso più stretto non la persona malata ma la Rete Nazionale ed i suoi nodi.

Anche in questo caso troviamo numerose **azioni**, tra queste ad esempio: estendere, migliorare e completare la concreta realizzazione del modello di Centro di riferimento come unità funzionale comprendente più UU.OO. necessarie per completare il percorso diagnostico e il trattamento del paziente in ogni fase della malattia; verificare ed eventualmente aggiornare i compiti, le funzioni dei centri di coordinamento regionali, dei centri di riferimento per malattie rare e degli ospedali dove essi sono incardinati, alcuni dei quali partecipano come Centri di eccellenza (Health Care Providers) alle Ern; identificare all'interno delle reti per malattie rare, anche attraverso accordi tra Regioni/PPAA, unità specificamente dedicate alle terapie geniche, cellulari e tissutali.

Inoltre, nell'ambito della nuova organizzazione dell'assistenza territoriale si propone di orientare alcune **Case della Comunità hub** che si andranno a costituire per la presa in carico del malato raro con una formazione specifica per i professionisti ivi impegnati in modo da facilitare il rapporto tra Centri di riferimento per i malati rari e attività e servizi che se ne devono far carico a livello distrettuale. Questi nodi territoriali o unità territoriali per malati rari potrebbero costituire una rete adatta a fornire una presa in carico territoriale e domiciliare ad alta intensità assistenziale ed avrebbero il compito di orientare le attività per malati rari che si svolgono sul territorio. Si propone poi di attrezzare alcuni Ospedali di Comunità alla presa in carico temporanea del malato raro in situazioni di particolare complessità e carico assistenziale, di norma supportato dalla famiglia, con un rapporto di e-health diretto con i Centri di riferimento, in modo da poter effettuare ricoveri di sollievo per alcune settimane all'anno.

FORMAZIONE

Gli operatori sanitari non hanno sufficiente conoscenza delle singole malattie rare e il numero di specialisti in questo settore rimane inadeguato; ciò comporta il rischio di un ritardo nella formulazione della diagnosi e nell'offerta di cure appropriate per i pazienti, oltre alla difficoltà per i medici e di tutte le altre professioni sanitarie, socio-sanitarie di sviluppare una relazione corretta con la persona che ne soffre.

Il Piano propone tra gli **obiettivi** da perseguire: aumentare le conoscenze e le competenze sulla tematica delle malattie rare nella formazione universitaria; inoltre è necessario implementare azioni al fine di rendere più omogenea la formazione nelle scuole di specializzazione a livello nazionale; aumentare le competenze metodologiche di sanità pubblica nell'ambito delle malattie rare; migliorare ed aumentare le conoscenze e le competenze sulle MR dei MMG in formazione e dei MMG/PLS già formati; promuovere la Formazione Continua ECM sulle malattie rare; promuovere la formazione delle Associazioni dei pazienti e dei loro Rappresentanti; aumentare le conoscenze e le competenze di medici, infermieri di tutte le altre professioni sanitarie e socio-sanitarie coinvolti nelle cure domiciliari.

Tra le **azioni** da mettere in campo troviamo la promozione di corsi di formazione dei formatori sugli aspetti metodologici di sanità pubblica applicata alle malattie rare d'intesa tra i diversi livelli di competenza; la realizzazione di corsi di formazione sulle malattie rare dei MMG e dei PLS; nell'ambito della formazione continua ECM, promuovere ed aumentare il numero di corsi FAD disponibili sulle malattie rare.

INFORMAZIONE

La Raccomandazione del Consiglio Europeo dell'8 giugno 2009 su un'azione nel settore delle malattie rare (2009/C 151/02) parla esplicitamente della necessità di garantire l'accessibilità dell'informazione alle persone con malattia rara. Sono presenti sistemi consolidati e qualificati di informazione sulle malattie rare.

In questo caso tra gli **obiettivi** da perseguire troviamo: mantenere e implementare le attività dei portali informativi nazionali e regionali, favorendone l'aggiornamento dei contenuti e l'utilizzo da parte dei portatori di interesse; incentivare l'uso dell'informazione dei portali informativi europei; sviluppare il Portale inter-istituzionale sulle malattie rare con il diretto coinvolgimento fin dalle fasi di progettazione e gestione dei contenuti dei principali attori

istituzionali quali Ministero della Salute, ISS, Regioni., oltre che delle Associazioni di utenza; mantenere e implementare l'interfaccia italiana del portale Orphanet.

Quanto alle **azioni**, il Piano punta a: favorire la coerenza delle informazioni sulle Malattie Rare riportate nei portali esistenti; implementare e armonizzare i contenuti del Portale inter-istituzionale coinvolgendo attivamente il Centro Nazionale Malattie Rare, le Regioni, le Province Autonome, Orphanet e la Federazione Uniamo e le Associazioni dei malati rari, e altri selezionati attori competenti con specifica esperienza nella comunicazione nell'ambito delle malattie rare, anche rimandando a siti specifici di competenza dei soggetti coinvolti; individuare le modalità sistematiche ed eventualmente strutturali che consentono la verifica della qualità e corrispondenza dei dati pubblicati; porre le basi per rafforzare la partnership tra enti istituzionali, organizzazioni di pazienti ed altre organizzazioni coinvolte nell'ambito delle malattie rare, della disabilità e della fragilità in generale per migliorare l'ampiezza delle informazioni fornite; utilizzare anche le help line e i servizi di supporto al cittadino e al professionista per contribuire a monitorare l'efficacia dell'offerta assistenziale; monitorare, anche attraverso siti informativi (siti web, help line, punti informativi ecc.) le aspettative di cittadini, pazienti e professionisti; censire e pubblicizzare gli organi informativi esistenti, comprese le loro attività.

REGISTRI E MONITORAGGIO DELLA RETE NAZIONALE DELLE MALATTIE RARE

Il lavoro effettuato negli anni in Italia, ha permesso di mettere a punto un sistema di sorveglianza delle malattie rare esentate, ma esso attualmente non costituisce un sistema di monitoraggio completo della rete nazionale delle malattie rare. Infatti, si spiega nel documento, nonostante il sistema complesso di monitoraggio sulle malattie rare presente in Italia abbia numerosi aspetti positivi e abbia consentito di avere a livello regionale e nazionale informazioni di grande rilievo per quanto attiene le malattie rare e le persone con malattia rara, permangono tuttora rilevanti criticità sia nella persistente eterogeneità dei sistemi informativi che si sono via via sviluppati per alimentare i registri a livello regionale, sia nell'organizzazione e gestione dell'informazione raccolta a livello nazionale.

Tra gli **obiettivi** troviamo quello di adeguare il sistema di monitoraggio per le malattie rare esistente in Italia in modo da realizzare un flusso informativo delle reti regionali/interregionali per le malattie rare al fine di: produrre nuove conoscenze scientifiche sulle malattie rare; supportare la rete di assistenza per i malati rari e facilitare le attività cliniche e di presa in carico realizzate e contemporaneamente permettere la valutazione di quanto realmente attivato dai servizi; promuovere l'integrazione a livello regionale e nazionale con i flussi informativi correnti, con il nucleo minimo del Fascicolo Sanitario Elettronico e con il profilo Sanitario Sintetico (PSS) o carta d'identità sanitaria dell'assistito; favorire l'accesso ai dati aggregati raccolti nel RNMR ai decisori (sia a livello nazionale che regionale), ai ricercatori ed alle associazioni di pazienti; garantire l'integrazione con altri flussi e basi di dati provenienti da realtà europee, quali ad esempio i registri degli ERN e registri di patologia internazionali, attraverso l'impiego di linguaggi per l'inserimento dati sempre più standardizzati ed univoci (es. Human Phenotype Ontology) seguendo l'approccio Fair.

Tra le diverse azioni proposte possiamo menzionare: incrementare la completezza della rilevazione; l'istituzione di un gruppo di lavoro formato da rappresentanti dell'Iss, del Ministero della Salute, delle Regioni; definire un set condiviso di indicatori sintetici di performance delle intere reti regionali/interregionali.

RICERCA

Qui si inizia subito a dire che la ricerca sulle malattie rare deve essere una priorità per il sistema paese. Devono essere aumentati gli incentivi alla ricerca, in particolare per le aree che meno hanno beneficiato di progetti di ricerca specifici, assegnati attraverso procedure competitive e trasparenti e deve essere assicurato il necessario sostegno alle infrastrutture di ricerca abilitanti. A fronte del patrimonio di competenze e del valore della ricerca

sulle malattie rare svolta in Italia, l'indicazione fondamentale di questo piano è di costruire su quanto già disponibile, investendo nel mettere a sistema infrastrutture fisiche e non, competenze scientifiche e di programmazione, risorse pubbliche e private. La ricerca sulle malattie rare dovrà puntare su maggiori sinergie tra i vari attori presenti nel paese per avere una visione unitaria sulla governance della ricerca nel campo delle MR.

I contenuti di questo capitolo tengono conto degli indirizzi strategici, presenti nei vari documenti programmatici nazionali e delle varie iniziative a livello europeo sul tema di ricerca nelle malattie rare.

Tra gli **obiettivi** troviamo quindi: ottimizzare l'utilizzo dei fondi disponibili per le malattie rare, attraverso processi di prioritizzazione degli investimenti, al fine di assicurare il più alto livello di qualità e massimizzare l'impatto dei risultati della ricerca; promuovere la sinergia tra investimenti nella direzione di una partnership pubblico-privata per le malattie rare e l'allargamento della platea dei soggetti pubblici e privati che, in base a criteri di competenza e qualità dell'esperienza già svolta, possano accedere ai bandi nazionali e internazionali tra cui quelli delle azioni indicate nella premessa; incentivare la condivisione dei dati di ricerca; c) Creare una rete che incentivi, faciliti e semplifichi il trasferimento tecnologico e il collegamento tra la ricerca, la produzione e la distribuzione del prodotto; promuovere l'utilizzo dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare per la produzione di molecole da utilizzare in studi clinici indipendenti.

Molte le **azioni** contemplate in questo capitolo che vengono diversificate tra quelle riguardanti il coordinamento e la governance della ricerca sulle malattie rare a livello nazionale, quelle riferite alle infrastrutture di ricerca e quelle sulla condivisione dei dati.

Giovanni Rodriquez

Comunicazione inadeguata nelle emergenze sanitarie

PS panoramasanita.it/2023/05/08/comunicazione-inadeguata-nelle-emergenze-sanitarie/



Rezza (Ministero Salute): “Si è creata una comunicazione non univoca e talvolta contraddittoria, che ha spesso soverchiato i messaggi veicolati dalle istituzioni”

La pandemia di Covid-19 ha evidenziato in diversi Paesi, tra i quali l'Italia, l'inadeguatezza della comunicazione istituzionale, che in molte circostanze non ha gestito con efficacia l'emergenza sanitaria. È quanto emerge dallo studio elaborato

dalla Fondazione The Bridge e presentato nel corso del workshop “Comunicazione delle emergenze sanitarie: quali elementi chiave?” organizzato nell'ambito del Wcph, il World Congress on Public Health, giunto alla 17esima edizione, che si è svolto nei giorni scorsi a Roma. Nel 2005 l'Oms ha elaborato delle raccomandazioni generali da inserire nei piani nazionali per le pandemie e alcuni Paesi sono riusciti a promuovere azioni informative utili, altri no. **“Purtroppo – ha evidenziato Rosaria Iardino, Presidente della Fondazione The Bridge – una comunicazione inefficace alimenta paure collettive e reazioni incontrollate nella popolazione e nel sistema economico, mentre se i messaggi sono chiari e coordinati, basati sulla percezione collettiva del rischio, possono influenzare il modo in cui i cittadini rispondono agli eventi avversi e sostenere l'uscita dall'emergenza. In Italia, nella prima fase della pandemia il Governo ha affrontato l'aumento dei contagi con una comunicazione ai cittadini poco precisa rispetto a quanto stava accadendo. L'incertezza non va negata, perché rischia di disorientare e generare sfiducia”.**

“Durante la prima fase della pandemia c'era un uso frequente delle conferenze stampa da parte delle Istituzioni per informare i cittadini – ha dichiarato, in un videomessaggio inviato al workshop, coordinato dalla Fondazione The Bridge, Giovanni Rezza, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute – e venivano diffuse notizie sulle misure adottate, su morti e contagi, con bollettini quotidiani molto seguiti, che a lungo andare potrebbero aver generato un certo stato di ansia nelle persone. Poi la comunicazione istituzionale si è giustamente spostata sulle campagne di vaccinazione. Una certa confusione è stata poi alimentata dal continuo ricorso ai talk show, anche dalle dichiarazioni di esperti e pseudo-esperti, definiti genericamente come “virologi”, che si sono trasformati in popolari star televisive. Tutto ciò – ha proseguito Rezza – ha contribuito a creare una comunicazione non univoca e talvolta contraddittoria,

che ha spesso soverchiato i messaggi veicolati dalle istituzioni. Criticità nei messaggi veicolati ci sono state, inoltre, nelle narrazioni semplicistiche utilizzate per difendere obblighi vaccinali e Green Pass, specialmente in epoca Omicron, non mettendo invece in risalto il loro significato di sanità pubblica in termini di rapporto rischi-benefici. Alla fine, le opinioni hanno talvolta prevalso sulle evidenze scientifiche. In futuro, l'auspicio è che la comunicazione pubblica in tempi di crisi possa essere migliorata e strutturata in maniera adeguata anche all'interno dei piani pandemici, tenendo conto delle problematiche legate alla necessità di comunicare l'incertezza".

Covid-19: è mancata la regia centralizzata dell'emergenza e una comunicazione coerente

Un aspetto fondamentale della comunicazione di crisi è la sua centralizzazione. È infatti impossibile trasmettere messaggi coerenti a tutti gli stakeholder nello stesso momento senza una regia centralizzata. In Italia la scelta fatta è stata opposta: la gestione politica della pandemia è stata caratterizzata dal decentramento della catena di comando ai Presidenti delle 21 Regioni e dall'esternalizzazione delle decisioni, con il coinvolgimento costante di accademici, scienziati e dirigenti. È mancata la collegialità, non c'era una cabina di regia responsabile del coordinamento interministeriale.

Nel corso del workshop, coordinato da Guido Legnante, professore associato presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Pavia, è emersa la necessità di far fronte alle emergenze sanitarie con l'impiego di una comunicazione coerente, essenziale per mantenere la fiducia nella popolazione. *"Nel nostro Paese – ha osservato **Chiara Crepaldi, ricercatrice senior del Centro Studi della Fondazione The Bridge**, che ha analizzato i modelli comunicativi utilizzati in vari Paesi europei ed extraeuropei – l'improvviso scoppio della crisi ha portato all'inizio al coinvolgimento di tecnici già noti o presenti nei Ministeri, spesso senza le competenze specifiche in tema di comunicazione in una situazione di crisi. I primi dati forniti da questi gruppi di esperti hanno alimentato decisioni sbagliate e indicazioni confuse e contraddittorie per la popolazione. Molti Paesi hanno coinvolto comitati tecnici a sostegno delle scelte, ma questo ha portato a messaggi spesso confusivi, che hanno ostacolato gli sforzi per il contrasto della pandemia".*

Per **Ferruccio Di Paolo, esperto civile NATO per la comunicazione di crisi e docente di Sociologia dei processi culturali e comunicativi**: *"In caso di crisi sanitaria, una comunicazione efficace, competente, corretta e credibile è fondamentale per ridurre l'incertezza, fornire linee guida efficaci e permettere al pubblico di costruirsi una narrazione degli eventi tale da mitigare gli effetti più dannosi e dirompenti della crisi. Una crisi, infatti, è un evento che può potenzialmente compromettere la capacità operativa e la sopravvivenza di un'organizzazione. Oltre a sfatare le false informazioni, bisogna impegnarsi anche nella promozione di comportamenti socialmente validi se si vogliono mitigare gli effetti di credenze e atteggiamenti dannosi. Per riuscire a fare tutto ciò è necessaria una costante preparazione in tempo di pace".*

Tra media istituzionali e infodemia

La ricerca di The Bridge ha poi focalizzato l'attenzione su altri due elementi: i canali di comunicazione (media istituzionali, outlet e social), evidenziando la bassa percentuale di utenza italiana (19%) su quelli istituzionali rispetto agli altri Paesi europei; l'inquinamento comunicativo, con il fenomeno dell'infodemia, che ha diffuso disinformazione e fake news, alimentando nelle persone un crescente disagio psichico e psichiatrico.

Schizofrenia e servizio di medicina scolastica, due progetti di The Bridge

La presenza di The Bridge al World Congress on Public Health è stata anche l'occasione per presentare due progetti, uno sullo a schizofrenia con la guida Patient Journey, e uno sul servizio di medicina scolastica in Italia. La schizofrenia è un grave disturbo mentale, cronico fino al 60% dei casi, che peggiora la qualità della vita e il funzionamento psicosociale. *“Abbiamo costruito un progetto biennale per disegnare un percorso del paziente affetto da schizofrenia, che includa l'assistenza e la gestione, con l'obiettivo di raggiungere la guarigione per questi pazienti”* ha spiegato Iardino, mentre sul fronte della scuola *“abbiamo avviato uno studio per sviluppare un nuovo modello di servizio di medicina scolastica, incentrato sulla promozione della salute. Il servizio di medicina scolastica è stato introdotto in Italia nel 1978. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25 lo considera un ambito fondamentale per la promozione e la tutela della salute”* ha concluso.

Il 52% dei medici e il 45% degli infermieri in burnout. E uno su due pensa di licenziarsi

PS panoramasanita.it/2023/05/08/il-52-dei-medici-e-il-45-degli-infermieri-in-burnout-e-uno-su-due-pensa-di-licenziarsi/



Lavorare sotto stress in corsia costa quasi 100 mila errori sanitari l'anno. Survey della Fadoi, Federazione medici internisti ospedalieri

Depressi, stressati e in perenne carenza di sonno per orari di lavoro che vanno ben oltre il lecito, carichi di lavoro impossibili da gestire. Il tutto aggravato da mancanza di riconoscimento del valore di quanto con competenza professionale si fa, un numero

di pazienti per medici e posti letto che rende quasi impossibile instaurare un rapporto empatico con i pazienti e la burocrazia che rende tutto ancora più difficile. C'è questo e di più in quello che in gergo tecnico si definisce "Sindrome da burnout", quell'insieme di sintomi determinati da uno stato di stress permanente con il quale devono vivere il proprio lavoro il 52% dei medici e il 45% degli infermieri che prestano la loro opera nei reparti ospedalieri di medicina interna. Quelli che da soli assorbono un quinto di tutti i ricoveri in Italia. Una minaccia per la loro salute ma anche per quella degli assistiti, visto che lavorare quando si è in burnout significa alzare di molto le possibilità di commettere un errore sanitario, che in Italia sarebbero circa 100mila l'anno. A fornire la fotografia di medici e infermieri "sull'orlo di una crisi di nervi" è la survey condotta da Fadoi, la Federazione dei medici internisti ospedalieri, su un campione rappresentativo di oltre duemila professionisti sanitari e presentata a Milano al 28° Congresso Nazionale della Federazione.

In totale a dichiararsi in "burnout" è il 49,6% del campione ma la percentuale sale al 52% quando si parla di medici, per ridiscendere al 45% nel caso degli infermieri. **E in entrambi i casi l'incidenza è più del doppio tra le donne**, dove permane la difficoltà di coniugare il tempo di lavoro con quello assorbito dai figli e la famiglia in genere. Anche se poi c'è un inedito e positivo rovescio della medaglia, costituito dalla larga maggioranza di medici e infermieri ancora gratificati dal proprio lavoro e dal rapporto con i pazienti.

Ad influire sullo stato di stress cronico è anche il fattore età, visto che sotto i trent'anni la percentuale di chi è in burnout cala al 30,5%. Fatto è che proiettando i dati più che significativi delle medicine interne sull'universo mondo dei professionisti della

nostra sanità pubblica abbiamo oltre 56mila medici e 125.500 infermieri che lavorano in burnout. E che per questo motivo incappano in qualche inevitabile errore. Uno studio condotto dalla Johns Hopkins University School of Medicine e dalla Mayo Clinic del Minnesota ha rilevato almeno un errore grave nel corso dell'anno nel 36% dei camici bianchi in burnout. Percentuale che proiettata sul totale dei nostri medici da un totale di oltre 20mila errori gravi.

Discorso analogo per gli infermieri. Qui una serie di studi internazionali raccolti dalla Fnopi, la Federazione degli ordini infermieristici, stima siano addirittura il 57% gli errori clinici più o meno gravi commessi nell'arco di un anno. Dato che applicato sul numero degli infermieri pubblici operanti in Italia in burnout da altri 71.500 errori in fase di assistenza per un totale di almeno di 92mila, sicuramente qualcuno in più considerando che uno stesso operatore può essere incappato in più di un errore nel corso dell'anno.

Lavorare sotto stress fa male agli assistiti ma anche a chi ce l'ha. *“L'influenza del burnout sulle malattie professionali è un fatto oramai acclarato dalla letteratura scientifica”, afferma Francesco Dentali, Presidente Fadoi. “Il rischio di infarto del miocardio e di altri eventi avversi coronarici è infatti circa due volte e mezzo superiore in chi è in burnout, mentre le minacce di aborto vanno dal 20% quando l'orario di lavoro non supera le 40 ore settimanali salendo via via al 35% quando si arriva a farne 70. Evento sempre meno raro con il cronico sottodimensionamento delle piante organiche ospedaliere”, aggiunge Dentali.*

Che lavorando a ritmi e condizioni spesso insostenibili si finisca alla fine per somatizzare lo dimostra il fatto che il 61% de medici testati da Fadoi conclude la sua giornata lavorativa sentendosi “emotivamente sfinito”. Percentuale che scende al 48,4% tra gli infermieri.

Quasi il 50% di medici e infermieri in burnout pensa di licenziarsi entro l'anno

E il problema si fa ancora più sentire quando si ricopre un ruolo di responsabilità. Tra i coordinatori infermieristici il 45% è infatti in burnout e la stessa percentuale pensa di licenziarsi entro l'anno, lasciando così ancora più sguarnita la trincea del pubblico, magari per andare a rinforzare quella del privato o di qualche altro Paese, dove le retribuzioni arrivano ad essere anche il doppio di quelle del nostro Ssn.

Senso di frustrazione, sensazione di non riuscire ad andare avanti e senso di colpa per avere dovuto trascurare qualche paziente sono tra i sentimenti più ricorrenti tra i coordinatori infermieristici.

Percentuali appena più basse si rilavano tra i coordinatori medici, dove in burnout è il 31,8%, mentre la percentuale di chi pensa di licenziarsi entro l'anno è del 47,4%. Qui a sentirsi “emotivamente sfinito” è l'80% del campione, mentre il senso di frustrazione accompagna il 60% di loro e il 70% sente di non poter assolvere adeguatamente ai propri compiti. Percentuali simili a quelle rilevate per i medici in corsia, dove però scende al 53% la sensazione di trattare adeguatamente in modo troppo impersonale i propri pazienti.

Il risvolto positivo della medaglia: professionisti sanitari ancora motivati e gratificati dal loro lavoro

La ricerca Fadoi contiene però anche un positivo e inedito rovescio della medaglia.

Nonostante le difficili se non impossibili condizioni di lavoro e il risvolto che queste hanno su psiche e salute dei professionisti sanitari, tanto la stragrande maggioranza dei medici che quella degli infermieri “sente di aver affrontato efficacemente i problemi dei propri pazienti” e di “aver realizzato molte cose nel corso della propria attività lavorativa”.

Mentre nello specifico l’84% dei camici bianchi “crede di influenzare positivamente la vita delle altre persone con il proprio lavoro” e nel 73% dei casi si sente “rallegrata dopo aver lavorato con i propri pazienti”.

“È proprio da questo senso di attaccamento alla propria mission e dalla realizzazione di se in un lavoro che nonostante tutto e tutti salva vite e aggiunge qualità agli anni di ciascuno che bisogna ripartire se veramente si ha a cuore il destino della nostra sanità pubblica”, commenta Dentali. “E per farlo occorre rendere nuovamente attrattive tra i giovani tanto la professione medica che quelle infermieristica. Portando a un livello di dignità professionale retribuzioni che sono tra le più basse d’Europa, ma riqualificando anche formazione e condizioni lavorative”, conclude il Presidente Fadoi.

*“Il lavoro sanitario ai tempi del burnout nuoce tanto alla salute dei cittadini che a quella di medici e infermieri”, commenta a sua volta il **presidente della Fondazione Fadoi, Dario Manfellotto**. “Un problema -prosegue- tanto più sentito nei reparti di medicina interna, che una anacronistica e vetusta classificazione ministeriale con il codice 26 definisce ancora a bassa intensità di cura, quando basta scorrere l’elenco delle cartelle cliniche per capire che i nostri sono pazienti complessi che necessitano di medio-alta intensità di cura”. “Un problema che sembra di natura burocratico-amministrativa ma che in realtà si traduce in una sotto dotazione sia in termini di organico che di tecnologia”, conclude Manfellotto. Che chiede di “ridefinire gli standard di personale sanitario ancora vincolati a un vecchio decreto emesso da Donat Cattin”.*

La Federazione dei farmacisti lancia “Fofi Live”

PS panoramasanita.it/2023/05/08/la-federazione-dei-farmacisti-lancia-fofi-live/



Il nuovo hub digitale per informare e connettersi con la comunità professionale

L'evoluzione della professione di farmacista, sempre più centrale e di servizio all'interno del Ssn, passa anche dall'innovazione delle modalità di comunicazione e interazione tra i professionisti, all'insegna del digitale e della multicanalità: con questo obiettivo

è nato “Fofi Live”, il nuovo punto di riferimento informativo della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (Fofi), presentato nei giorni scorsi a Cosmofarma Exhibition a Bologna.

*“Fofi Live è il nuovo progetto con cui la Federazione vuole essere ancora più vicina ai farmacisti in un momento cruciale per la crescita della professione e in una stagione in cui l'eccesso di informazione rischia di creare disorientamento”, spiega il presidente Fofi, **Andrea Mandelli**. “La piattaforma darà accesso, presso un unico spazio digitale, a una vasta gamma di contenuti informativi – dalle notizie in tempo reale ai video e podcast -, e rafforzerà ulteriormente il dialogo e le connessioni tra i farmacisti. Dopo tre anni di impegno in prima linea nella lotta al Covid, sul territorio e in ospedale, e di straordinarie conquiste professionali che ci sono valse la stima e la fiducia degli italiani, vogliamo continuare ad evolverci per essere protagonisti della sanità di questo Paese, coerentemente con nostra naturale vocazione di essere al fianco dei cittadini per dare le migliori risposte possibili ai loro bisogni di salute”.*

*“Complimenti alla Fofi per questo nuovo progetto – ha detto il **sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato**, intervenuto a Cosmofarma – che aggiunge un tassello in più all'impegno della Federazione verso i propri iscritti. I farmacisti italiani hanno fatto un enorme sforzo per mettere al centro la salute dei cittadini soprattutto in tempo di pandemia e si sono messi a disposizione: questa nuova iniziativa rappresenta uno straordinario mezzo per raggiungerli tutti mentre sono impegnati sul campo a diffondere salute”.*

“Live vuol dire vita: con questo progetto Fofi si sintonizza con la realtà che cambia e si connette con la comunità professionale in modo moderno ed efficace, offrendo comunicazione, informazione e formazione, per accompagnare l'evoluzione del ruolo dei farmacisti e della farmacia quale porta d'ingresso del Ssn e presidio di prossimità con

ruolo polifunzionale nella sanità del territorio. Il nuovo hub avrà, inoltre, la funzione di agevolare e rafforzare le connessioni tra i farmacisti e tutti gli attori della filiera della salute”, commenta Luigi D’Ambrosio Lettieri, vicepresidente Fofi .

*“I farmacisti hanno dato prova di sapersi evolvere rapidamente per rispondere alle sfide dei tempi, e oggi lo fanno anche sul fronte della comunicazione, cogliendo le opportunità offerte dai nuovi media”, dichiara **Mario Giaccone, tesoriere Fofi** . “Fofi Live conferma la lungimiranza della Federazione nel mettere a disposizione dei farmacisti uno strumento utile che potrà contribuire ulteriormente al rinnovamento della professione, andando incontro alle esigenze dei colleghi più giovani”.*

Mascherine e controllo del contagio, da Fimmg e Fimp uno strumento di reazione individuale rapida e flessibile

PS panoramasanita.it/2023/05/08/mascherine-e-controllo-del-contagio-da-fimmg-e-fimp-uno-strumento-di-reazione-individuale-rapida-e-flessibile/



Maio (Fimmg) e Barretta (Fimp): L'Ordinanza di Schillaci valorizza professionalità e ruolo, adottiamo criteri omogenei nel rispetto delle specificità organizzative

A partire dallo scorso 6 maggio i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta potranno contare su un documento snello, con solide basi scientifiche, per decidere in autonomia e sulla base della situazione contingente se e come rendere obbligatorio l'uso delle mascherine nei loro studi e garantire il contenimento del rischio infettivo. Grazie ad un lavoro realizzato di concerto tra i medici della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg) e della Federazione italiana dei medici pediatri (Fimp), è stato infatti varato un manuale operativo che, in poco più di 10 pagine, offre ai singoli camici bianchi criteri di valutazione che si adattano ai differenti scenari epidemiologici e alle rispettive specificità organizzative. *«Non un'elencazione rigida di linee guida – sottolinea Tommasa Maio (Fimmg) – bensì uno strumento agile e flessibile che, guardando alle differenze che inevitabilmente contraddistinguono le varie realtà assistenziali di prossimità, riesca a favorire comportamenti omogenei. Il documento è un po' come "una cassetta degli attrezzi" che vuole supportare le scelte dei singoli professionisti chiamati ad applicare questo strumento ai vari contesti ed offrire quella pronta risposta e resilienza alle emergenze infettive auspiccate dall'Oms».*

A rendere impellente la realizzazione delle raccomandazioni operative è stato il cambiamento dello scenario epidemiologico legato al Covid, **ma non per questo il documento guarda solo al Sars-Cov-2.** *«Sono misure rapide, modulabili, efficaci per tutte le forme respiratorie infettive che si trasmettono con le medesime modalità – aggiunge Maio – sia che si tratti di forme infettive stagionali (come l'influenza), sia che si tratti di virus come il Covid, privi di una loro stagionalità, e quindi utili a contenere il rischio di infezioni per gli assistiti che afferiscono ai nostri studi, ma anche a proteggere i medici ed i loro collaboratori».* Una risposta, quella della Fimmg e della Fimp, che dimostra

quanto i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta abbiano apprezzato la valorizzazione del ruolo e della professionalità riconosciuta dalla recente ordinanza del ministro Orazio Schillaci (GU n.100 del 29.04.2023). Ordinanza che riconosce ai singoli medici un primario ruolo di prevenzione e tutela della salute della collettività e autonome capacità professionali, organizzative e gestionali.

Altro aspetto fondamentale, dice **Martino Barretta (Fimp)** è che *«la sinergia tra prevenzione vaccinale ed utilizzo appropriato delle mascherine FFP2 rappresenta una strategia di controllo delle principali infezioni respiratorie efficace ed economicamente sostenibile. Si determina, insomma, un approccio proattivo alle malattie infettive che il setting della pediatria di libera scelta e della medicina generale, se ben organizzato e dotato dei necessari strumenti, riesce a sviluppare in maniera diffusa».*

Come detto, **sono due i macro-criteri indicati nel documento stilato da Fimmg e Fimp**, ovvero quello epidemiologico e di contesto organizzativo. Ciò consentirà di organizzare le attività negli studi alla luce dei dati di prevalenza e incidenza ed eventuali nuove indicazioni ministeriali. Il documento guarda con lungimiranza alla possibilità che nel futuro ci si trovi ad affrontare nuove epidemie o pandemie, consentendo ai singoli medici di mettere in campo una risposta rapida ed efficace, improntata alla migliore organizzazione possibile. A partire da un approccio “One care”, tipico dell’azione fiduciaria e di rapporto individuale e personalizzato del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, si mira quindi ad una risposta che possa considerare da subito aspetti emergenti sulla salute pubblica, con azioni che riducano – ove possibile – l’impatto ambientale legato all’utilizzo continuo e persistente dei dispositivi di protezione respiratoria, in equilibrio con le emergenze sanitarie derivanti dai cambiamenti climatici con conseguenze nuove e non ancora espresse in ambito sanitario. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta puntano ad essere resilienti al nuovo mondo che evolve con le migliori scelte organizzative e gestionali sul livello di prossimità di cura del territorio. Comportamenti che consentiranno di tenere il passo, in attesa di una vera politica di sviluppo “One Health”, che dovrà entrare nella cultura dei cittadini grazie ad un nuovo ruolo dei medici e pediatri di famiglia, che con questi atti raccolgono la sfida.

«Sfida – concludono Maio e Barretta – che attraverso strumenti come questo potrà anche rafforzare la rete di scambio informativo tra Territorio e Dipartimenti di Prevenzione, con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, primarie sentinelle territoriali della salute pubblica, rispondendo in pieno al concetto della “collaborative surveillance”, pilastro del piano strategico Oms appena emanato».

Potrebbe interessarti anche

[Ordinanza mascherine. Fimp: Provvedimento conferma centralità delle Cure Primarie territoriali](#)

Natalità, allarme andrologi: rischio perdita fertilità maschile entro il 2070

PS panoramasanita.it/2023/05/08/natalita-allarme-andrologi-rischio-perdita-fertilita-maschile-entro-il-2070/



Palmieri, presidente Sia: “Dimezzata la concentrazione di spermatozoi negli ultimi 40 anni, rischiamo di perdere nei prossimi 50 anche l’altro 50%”

Il rischio che la perdita di fertilità maschile diventi un problema irreversibile per la specie umana è reale. La Società Italiana di Andrologia (Sia), segnala il pericolo dello scenario peggiore che nel 2070 possa crollare la possibilità per gli uomini di generare figli, se non verranno cambiati gli stili di vita e le condizioni ambientali, oltre ai comportamenti logicamente legati a un calo dei tassi di fertilità, come l’astinenza sessuale, sempre più diffusa tra i giovani e l’aumento dell’età di concepimento. Infatti si stima che siano oltre 1,6 milioni i 18-40enni che mai nella vita hanno fatto sesso, che è sempre più virtuale e sganciato da aspetti relazionali e riproduttivi. A questo si aggiunge che l’età media del primo figlio in Europa è in costante aumento e all’Italia spetta il primato del Paese europeo dove il primo figlio si fa più tardi: in media 35 anni per le donne e 40 per gli uomini. Il problema non riguarda solo i Paesi più sviluppati, ma in misura crescente anche il Sud del mondo.

*“In appena 40 anni, gli uomini occidentali hanno visto calare del 52,4% la concentrazione degli spermatozoi. Gli studi realizzati documentano che, dal 1970 al 2018, in Occidente si è passati dai 101 milioni di spermatozoi ogni ml di liquido seminale nel 1970 ai 49 milioni ml nel 2018” – dichiara **Alessandro Palmieri, presidente Sia e Professore Associato di Urologia all’Università Federico II di Napoli** – “Una tendenza che vive una discesa inarrestabile ancora più preoccupante per il ripido declino fra il 2000 e il 2018, attestato dalla metanalisi pubblicata a novembre scorso su “Human Reproduction Update”. Se infatti dal 1973 al 2000 il calo di concentrazione spermatica è stato dell’1,6% ogni anno, dal 2000 al 2018 la riduzione ha segnato più del doppio, pari al 2,64% per anno” – sottolinea Palmieri – “Se il trend continuerà e non verrà arrestato, entro il 2070 si perderà oltre il 40% della fertilità maschile con serissimi pericoli per la procreazione nei Paesi Occidentali, se non cambieremo l’ambiente che ci circonda, le sostanze chimiche a cui siamo esposti e il nostro stile di vita”.*

Emblematico è il caso dell'Italia dove nel 2022 sono nati poco più di 392.000

bambini. *“Se si fanno meno figli la colpa è senz'altro del disagio economico e sociale, che porta a procrastinare la costituzione di una famiglia, ma sul banco degli imputati c'è soprattutto la fertilità maschile, tutt'altro che cresciuta con il benessere. L'obesità, la sedentarietà, l'abitudine al fumo e la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse, sono infatti tra le principali cause indiziate di aver determinato il calo degli spermatozoi, a cui vanno aggiunti i cambiamenti climatici e l'inquinamento ambientale”,* sottolinea con forza Palmieri. *“In particolare l'obesità triplica la probabilità di bassa concentrazione di spermatozoi rispetto agli uomini con peso nella norma. Negli uomini obesi il rischio di infertilità aumenta di circa il 10% per ogni 9 kg di sovrappeso corporeo. Anche il riscaldamento globale rallenta la spermatogenesi, già con una variazione di soli 0,1 gradi centigradi. Se la temperatura globale si innalzerà di 2,8 gradi entro la fine del secolo, lo stress termico duraturo e progressivo avrà un effetto negativo ulteriore sulla qualità seminale che già subisce significative variazioni nella stagione più calda”.*

Il calo degli spermatozoi è documentato anche nelle popolazioni asiatiche, africane e sudamericane ed è stato rilevato, in particolare, in un lavoro appena pubblicato su Scientific Report, che dimostra un calo dell'89% dal 2010 al 2019 della motilità spermatica in Sud Africa e in Nigeria e un peggioramento dei parametri dello sperma con l'avanzare dell'età. *“La qualità del seme maschile deve essere considerata una “sentinella” dell'ambiente, visto che nelle aree più colpite dall'inquinamento si nota un calo più grave della concentrazione spermatica”* – dichiara **Luigi Montano, uroandrologo Sia e past president della Società italiana riproduzione umana (Siru)** – *“Lo accerta pure il recente rapporto dell'Oms sulla infertilità di coppia, pubblicato ad aprile 2023, in cui si parla di una media globale del 17,5% e in Cina di un dato superiore al 23%. Ciò è stato correlato agli alti tassi di inquinamento che si rilevano in quel Paese, sceso al secondo posto, in base alle recenti proiezioni demografiche, nella classifica degli Stati più popolosi del pianeta dopo l'India”.*

“Le autorità sanitarie e politiche devono quindi valutare il problema della denatalità, non solo considerando le cause socio-economiche ma anche le responsabilità biologiche, intervenendo in maniera seria e massiva sull'inquinamento atmosferico e sulle abitudini di vita scorrette. l'uomo è in crisi e il suo “default” potrebbe determinare pure quello dell'umanità” concludono Palmieri e Montano.

PNRR MISSIONE 6

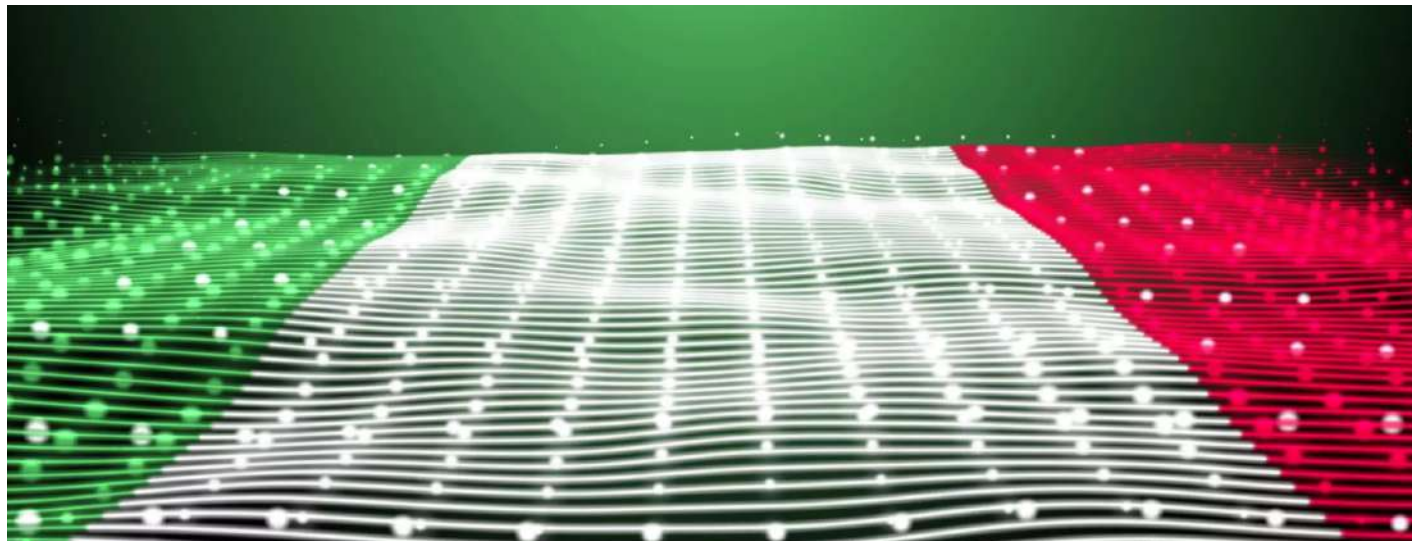
Piattaforma Nazionale di Telemedicina: e ora?

HomeTelemedicina

Condividi questo articolo

Dopo la firma del contratto per l'affidamento in concessione della PNT, occorre rendere realmente efficace e funzionante la Telemedicina sul territorio. Ma è davvero pronta a partire per il 2024?

Pubblicato il 02 Mag 2023



Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT): prima [l'avviso](#), poi il [bando](#).

E, come noto, di recente è stato anche [firmato il contratto](#) tra **Agenas** e il Raggruppamento Temporaneo di Impresa (RTI) **Engineering Ingegneria Informatica S.p.A. e Almaviva S.p.A.** per l'**affidamento in concessione** della "Progettazione, realizzazione e gestione dei Servizi abilitanti della **Piattaforma Nazionale di Telemedicina** "PNRR – Missione 6 Componente 1 subinvestimento 1.2.3 Telemedicina".

L'accordo – come sottolineato dal Ministro della Salute **Orazio Schillaci** – "pone l'Italia **all'avanguardia** rispetto alle altre nazioni europee nell'utilizzo dei [fondi del PNRR in ambito sanitario](#) e apre una **fase nuova** nella prospettiva di **ammodernamento e razionalizzazione** del nostro [Servizio Sanitario Nazionale](#)".


Indice degli argomenti

- Piattaforma Nazionale di Telemedicina e PNRR: un passo importante
- Piattaforma Telemedicina grande progetto per l'Italia
- PNT: l'innovazione tecnologica e digitale al servizio del Sistema Sanitario
- Una nuova Sanità basata su dati e interoperabilità
- Obiettivi della Piattaforma Nazionale di Telemedicina
- Telemedicina sul territorio: ancora poche esperienze degne di nota
- 2024: la Telemedicina è davvero pronta a partire?

Piattaforma Nazionale di Telemedicina e PNRR: un passo importante

“Un altro importante tassello nell’ambito dell’attuazione del [Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza](#).

La Piattaforma Nazionale di Telemedicina – ha affermato Schillaci – ci permetterà di vincere la sfida per il [superamento delle disuguaglianze](#) nell’offerta delle prestazioni e dell’assistenza tra le diverse aree territoriali.

 **WHITEPAPER**

[Leggi l'informativa sulla privacy](#)

Consente l'invio di comunicazioni promozionali inerenti i prodotti e servizi di soggetti terzi rispetto alle Contitolari che appartengono al ramo manifatturiero, di servizi (in particolare ICT) e di commercio, con modalità di contatto automatizzate e tradizionali da parte dei terzi medesimi, a cui vengono comunicati i dati.

SCARICA ORA

Soluzioni as a service : la roadma industriale

 Manifatturiero/Produzione  Utility/Ene



Grazie alla piattaforma, i **professionisti sanitari potranno disporre di nuovi strumenti** validati per operare efficacemente in ogni processo individuale e multidisciplinare e, allo stesso tempo, verrà anche migliorata [l'accessibilità dei pazienti alle cure](#) e alle prestazioni.

Saremo quindi in grado, grazie alla [Telemedicina](#) – ha detto il Ministro della Salute – di dare risposte tempestive e di qualità alla **domanda di servizi sanitari sul territorio**.

Questo si tradurrà in un significativo **alleggerimento della pressione sugli ospedali e sui Pronto Soccorso** spesso oberati da richieste inappropriate che

finiscono col ripercuotersi negativamente sulla possibilità di assicurare nei tempi giusti gli interventi e le prestazioni necessarie a chi ne ha reale necessità”.

Piattaforma Telemedicina grande progetto per l'Italia

La sfida del superamento dell'health divide – [ha affermato](#) in occasione dell'aggiudicazione della gara **Maximo Ibarra** – CEO e General Manager Engineering Ingegneria Informatica Spa – è fondamentale per i cittadini e per il Paese.

Oggi comincia una fase nuova, ci è stato affidato un grande obiettivo [...]. Realizzare e gestire la nuova Piattaforma Nazionale di Telemedicina. Una infrastruttura all'avanguardia, interamente cloud e in grado di **garantire interoperabilità e integrazione tra gli ecosistemi digitali delle Regioni** [...].

Qui si tratta di lavorare per **migliorare la qualità e l'accesso alle cure** per tutti i cittadini sull'intero territorio nazionale e, quindi, contribuire a garantire per tutti il **diritto alla salute**.

Attraverso il **digitale e l'utilizzo dei dati**, il Sistema Sanitario Nazionale apre definitivamente alla **tecnologia** per rendere **efficiente l'assistenza di prossimità**. La nuova Piattaforma Nazionale di Telemedicina è un grande progetto per l'Italia [...].”.

PNT: l'innovazione tecnologica e digitale al servizio del Sistema Sanitario

La Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) – si legge in un nota di Engineering – mettendo in comunicazione l'Amministrazione Centrale con le Amministrazioni Locali, avrà come principale obiettivo la **governance e il monitoraggio centralizzato dei processi di Telemedicina attuati a livello regionale**, in linea con quanto indicato nel PNRR.

“Il primo obiettivo della Telemedicina deve essere quello di **supportare il Sistema Sanitario**, armonizzandosi con esso attraverso la creazione di reti in cui le professionalità cliniche, sanitarie ed assistenziali – nonché sociali – raggiungano la persona a prescindere da dove si trovi.

Con questa piattaforma – spiega **Dario Buttitta**, Executive Vice President PA & Healthcare di Engineering – l'innovazione tecnologica e digitale è al servizio del Sistema Sanitario per **rendere efficiente l'assistenza di prossimità** [...]. Una

piattaforma nazionale che non solo valorizzerà la specificità di ogni iniziativa in questo ambito, ma permetterà di migliorare la qualità e l'accesso per tutti i cittadini sull'intero territorio nazionale. **Un progetto strategico per il Paese [...]**”.

Una nuova Sanità basata su dati e interoperabilità

“Le **tecnologie digitali** giocano un ruolo fondamentale per **trasformare i processi di cura e salute**, a partire dagli aspetti clinici e diagnostici fino a quelli organizzativi e logistici, assicurando flessibilità al sistema e liberando risorse.

Il digitale – afferma **Antonio Amati**, Direttore Generale Divisione IT di Al maviva – è l'elemento abilitante di una nuova Sanità basata sui dati e sull'informazione, sull'interoperabilità dei sistemi, sui servizi fruibili e accessibili ai cittadini in tempi rapidi e in base alle necessità [...].

Il modello di salute pubblica deve porre **al centro il cittadino** assieme alla sicurezza dei suoi dati e la Telemedicina rappresenta una parte fondamentale del Sistema [...].

[La Piattaforma Nazionale di Telemedicina è, ndr.] un **progetto importante e strategico**, volto a offrire vantaggi percepibili dalle persone in un'ottica di **accessibilità, inclusione, efficienza e risparmio**”.

Obiettivi della Piattaforma Nazionale di Telemedicina

Riguardo la progettazione, realizzazione e gestione dei Servizi Abilitanti della **Piattaforma Nazionale di Telemedicina**, Agenas ricorda che **la proposta dell'RTI ha l'obiettivo di:**

- **favorire l'implementazione omogenea dei percorsi di telemedicina su tutto il territorio nazionale** facilitando la presa in carico, acuta e cronica, da parte delle cure territoriali, favorendo la deospedalizzazione e potenziando qualità e sicurezza delle cure di prossimità
- **colmare il divario tra le disparità territoriali** e offrire maggiore integrazione tra i servizi sanitari regionali e le piattaforme nazionali attraverso soluzioni innovative, codifiche e standard terminologici condivisi a livello nazionale
- **migliorare la qualità clinica e l'accessibilità ai servizi sanitari** dei pazienti su tutto il territorio nazionale
- **dotare i professionisti sanitari di nuovi strumenti** validati al fine di operare efficacemente in ogni processo sia individuale che multidisciplinare
- facilitare la programmazione, il governo e **lo sviluppo della sanità digitale**.

Telemedicina sul territorio: ancora poche esperienze degne di

nota

Sebbene vi sia accordo pressoché unanime sull'importanza dei succitati obiettivi da raggiungere attraverso la Piattaforma Nazionale Telemedicina, altrettanto non può dirsi su **come e se questi obiettivi possano essere concretamente raggiunti**, ossia su come essi potranno e dovranno essere "messi a terra" per rendere realmente efficace e funzionante la **telemedicina sul territorio**.

"Come si farà davvero la telemedicina e il telemonitoraggio?" – si è chiesta al proposito **Stefania Mancini** – Corporate Ambassador Maps Group.

Ad oggi, ha osservato il membro ASSD ed AiSDeT:

- abbiamo le varie cordate di **Consip Sanità Digitale 1**
- avremo il **bando delle Regioni capofila** (Lombardia e Puglia)
- avremo la **piattaforma Agenas** con i **servizi minimi di telemedicina** (erogata alle regioni che vorranno, in principio di sussidiarietà)
- certamente abbiamo **le PMI** che hanno soluzioni di telemedicina e **telemonitoraggio** pronte e mature chiuse in un cassetto.

Ma la realtà è che **tutto è completamente fermo**.

A parte la **Regione Emilia-Romagna** (sempre anticipatrice) – ha evidenziato Mancini – non ci sono esperienze sul territorio degne di nota per estensione geografica e numerosità di pazienti monitorati.

Solo **Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia** ha bandito una gara di telemedicina, telemonitoraggio, **televisita**, poco tempo fa, e niente altro!".

2024: la Telemedicina è davvero pronta a partire?

Da quanto appena analizzato – rispetto **all'ipotesi** di una Telemedicina realmente e concretamente pronta a partire nel 2024 – Stefania Mancini ha osservato come ciò rappresenti **un obiettivo "davvero ambizioso**.

Cosa dobbiamo fare per non perdere tempo e per non perdere i finanziamenti del PNRR?

Cosa dobbiamo fare affinché questo sia un momento di vero cambiamento e di trasformazione digitale? – si è chiesta l'esperto -. È **un appello** che faccio agli attori istituzionali della sanità, comprendendo anche le associazioni scientifiche e il terzo settore. Noi, le PMI, ci siamo come sempre e siamo pronte".

Appello le cui osservazioni sono state condivise, accolte e raccolte da molti esperti di settore. Tra questi, **Eugenio Santoro**, firma abituale di **HealthTech360**:

“Temo che l'**immobilismo** che hai ben descritto – ha commentato il ricercatore dell'Istituto Mario Negri rivolgendosi a Stefania Mancini – sia imputabile alla grande confusione che regna sovrana [...]. Spero che si tratti di attendere a livello regionale affinché la situazione sia più chiara. **Sperando di non arrivare al 2024 senza avere deciso nulla.**

Nel frattempo – ha suggerito l'esperto – si potrebbero definire i PDTA per i quali prevedere le prestazioni di televisita, normare quelle di telemonitoraggio rendendole prescrivibili, sollecitare (e coinvolgere) le società scientifiche a scrivere linee guida per i propri associati (qui occorre sottolineare l'ottimo lavoro di **Francesco Gabbrielli** – Direttore National Centre for Telemedicine ISS, Ndr. -).

Insomma, creare le condizioni perché le **piattaforme di telemedicina**, una volta disponibili, siano **pienamente operative** e inserite in un contesto assistenziale codificato.

Altrimenti, **rischiamo di avere le piattaforme ma non le procedure/condizioni per usarle**”.

Un rischio da scongiurare assolutamente.

TELEMEDICINA

Remote Patient Monitoring: dalla ricerca alle aziende

[HomeRemote Patient Monitoring](#)

[Condividi questo articolo](#)

L'evoluzione tecnologica e la crescente diffusione della Telemedicina stanno favorendo l'uso di sensori e dispositivi indossabili per tenere sotto controllo parametri vitali e somministrare farmaci. Molti gli studi e i progetti in corso che stanno per lasciare l'ambito accademico aprendo a nuove prospettive di business per le imprese HealthTech

Publicato il 04 Mag 2023



La diffusione di dispositivi mobili e indossabili capaci di fornire indicazioni su parametri inerenti allo stato di salute o alla forma fisica sono ormai onnipresenti. Alcuni di questi sono per un uso personale, ma tanti altri sono utilizzati anche in ambito medico da **ospedali e strutture sanitarie** – grazie alla **Telemedicina** – per monitorare i pazienti e poter averne un controllo continuativo anche da remoto.

Indice degli argomenti

Remote Patient Monitoring: un mercato in forte crescita

Remote Patient Monitoring per scongiurare le pandemie

Una “pelle elettronica” ci salverà la pelle

RPM ed AI per la diagnostica di patologie comuni

Sensori RPM per uso odontoiatrico

Tessuti intelligenti per il Remote Patient Monitoring

Sensori per il fitness: presente e futuro

Tatuaggi elettronici

Remote Patient Monitoring: enormi potenzialità in parte inesprese

Remote Patient Monitoring: un mercato in forte crescita

La disponibilità di tali dispositivi – e la conseguente enorme mole di dati generati – sta portando alla definizione di nuovi modelli di cura data-driven basati sul Remote Patient Monitoring (RPM), il cui **mercato è previsto in forte espansione** (dai 53 miliardi del 2022 ai **175 miliardi entro il 2027**, crescendo a un CAGR del **26,7%**).

 **WHITEPAPER**

Società italiana di Igiene: «La salute dell'ambiente è una priorità di sanità pubblica»

L'ambiente influenza in modo determinante la salute di una popolazione. Per questo i professionisti della sanità sono chiamati ad assumersi la responsabilità di prendere decisioni strategiche che pongano la salute ambientale al primo posto. Questo, in estrema sintesi, il messaggio emerso dal 56esimo congresso nazionale della Società italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP), nella sessione «Ambiente e decisioni Operative il ruolo della Sanità Pubblica»

di Valentina Arcovio



L'ambiente influenza in modo determinante la **salute di una popolazione**. Per questo i **professionisti della sanità** sono chiamati ad assumersi la responsabilità di prendere decisioni strategiche che pongano la salute ambientale al primo posto. Questo, in estrema sintesi, il messaggio emerso dal 56esimo **congresso nazionale** della Società italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP), nella sessione «Ambiente e decisioni Operative il ruolo della Sanità Pubblica». L'obiettivo della discussione è stato quello di identificare le priorità chiave per la **salute ambientale** e le strategie operative per promuovere l'equità in sanità con un approccio **One Health**. In particolare, l'evento, attraverso i suoi molteplici relatori, ha affrontato i diversi ambiti della sorveglianza epidemiologica ed ambientale, della pianificazione urbana, dei **cambiamenti climatici**.

La complessità dei fattori ambientali possono promuovere o danneggiare la salute umana

«Oggi l'Ambiente – spiega Marco Martuzzi, direttore del dipartimento di Salute ed Ambiente presso l'Istituto superiore di sanità, che ha preso parte alla sessione come relatore – viene inteso come un **approccio in evoluzione**, abbiamo evidenze di vario tipo sugli effetti dell'**inquinamento dell'aria** e della contaminazione dell'acqua e del suolo. Dobbiamo evolverci per riuscire a considerare – oltre a questi fattori di rischio – il mondo che cambia in modo complesso. Non c'è solo il clima, ma anche una **perdita della biodiversità**, a cui si aggiunge il deterioramento di tanti **strati dell'atmosfera**. Si presentano sfide molto complesse ed è importante capire come considerare tutti quei fattori che concorrono a determinare, promuovere o danneggiare la salute umana». Il discorso si è successivamente spostato sulla **sorveglianza integrata** che permette di monitorare gli indicatori chiave ambientali ed epidemiologici e fornire i dati necessari per informare il decisore politico ed orientare le decisioni.

Necessario ripensare alle città per promuovere la salute

Altro tema di estrema rilevanza toccato è quello dell'**urbanizzazione** e delle implicazioni che questa ha sulla salute di coloro che abitano e vivono in una determinata zona. «Oggi sicuramente le città pongono delle grandi sfide in termini di **Sanità pubblica** – dichiara **Stefano Capolongo**, ordinario di Hospital Design e Urban Health presso il Politecnico di Milano e componente del Gruppo di lavoro Igiene ed Edilizia della SItI – da accogliere come grandi opportunità di ripensare i luoghi dell'abitare. Le nostre città sono fortemente popolate. Oggi, infatti, si stima che oltre il 56% della popolazione mondiale vive nelle **aree urbane** e la previsione è che nel 2050 oltre il 70% vivrà nelle aree urbane. Questo dato ci fa riflettere su come devono essere le nostre città per essere maggiormente inclusive e facilmente accessibili, per poter **promuovere la salute**».

I cambiamenti climatici hanno ricadute importanti sulla sanità pubblica

Infine, gli **esperti della SItI** si sono confrontati sul tema dei **cambiamenti climatici** e le ricadute per la sanità pubblica. Secondo gli specialisti, si tratta di una delle **sfide ambientali** più significative che affrontiamo oggi e che avrà implicazioni a lungo termine in ottica **One Health**. «La necessità di sviluppare politiche e strategie per mitigare l'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute pubblica e promuovere **pratiche ambientali sostenibili** diventano centrali e necessitano, ora come mai prima, di essere sostenute e portate avanti», conclude la SItI.

Smog, con esposizioni prolungate aumenta il bisogno di procedure ospedaliere per il cuore

L'esposizione a lungo termine allo smog, in particolare al particolato fine, è legata a un aumento delle procedure ospedaliere nei pazienti con insufficienza cardiaca. A dimostrarlo è uno studio pubblicato sulla rivista Plos One e condotto da Samantha Catalano dell'Università della Carolina del Nord a Chapel Hill, Usa. Le minuscole particelle sospese nell'aria di diametro inferiore a $2,5 \mu\text{m}$ [...]

di Valentina Arcovio



L'esposizione a lungo termine allo smog, in particolare al particolato fine, è legata a un aumento delle **procedure ospedaliere** nei pazienti con **insufficienza cardiaca**. A dimostrarlo è uno studio pubblicato sulla rivista **Plos One** e condotto da **Samantha Catalano** dell'Università della Carolina del Nord a Chapel Hill, Usa. Le minuscole particelle sospese nell'aria di diametro inferiore a $2,5 \mu\text{m}$ (PM_{2,5}) sono **inquinanti atmosferici** generati dal traffico, dall'attività industriale, dalla combustione e da altre fonti ancora. Sebbene l'**esposizione al PM_{2,5}** sia stata già associata all'insorgenza di malattie e morte in tutto il mondo, pochi studi hanno quantificato questo legame considerando le **procedure ospedaliere**. In questo studio, i ricercatori hanno analizzato l'effetto dell'esposizione a lungo termine al PM_{2,5} sulle procedure ospedaliere in pazienti con **insufficienza cardiaca**.

Le procedure ospedaliere sono state legate all'esposizione al PM2,5

I ricercatori hanno esaminato le **cartelle cliniche elettroniche** di 20.920 pazienti con diagnosi di insufficienza cardiaca, 15.979 dei quali hanno successivamente subito almeno una delle 53 procedure comuni all'interno del sistema sanitario dal 2004 al 2016. I ricercatori hanno utilizzato l'indirizzo di ogni paziente insieme alla data della diagnosi di **insufficienza cardiaca** per mappare e analizzare i dati sull'**esposizione ambientale** allo smog insieme alle loro cartelle cliniche. Ebbene, l'analisi ha rivelato che tre procedure specifiche avevano una probabilità significativamente maggiore di essere eseguite su pazienti con una maggiore **esposizione a PM2,5**: stress test (aumento del 6,84% per aumento di 1 µg/m³ di PM2,5), test dell'emoglobina glicosilata, che controllano il diabete (10,8% di aumento) e test del tempo di protrombina, che valutano la coagulazione del sangue (15,8% di aumento). I **test del tempo di protrombina** sono risultati significativamente legati a questa esposizione anche dopo aver considerato l'accesso all'assistenza sanitaria e al cibo sano in base alla contea di residenza.

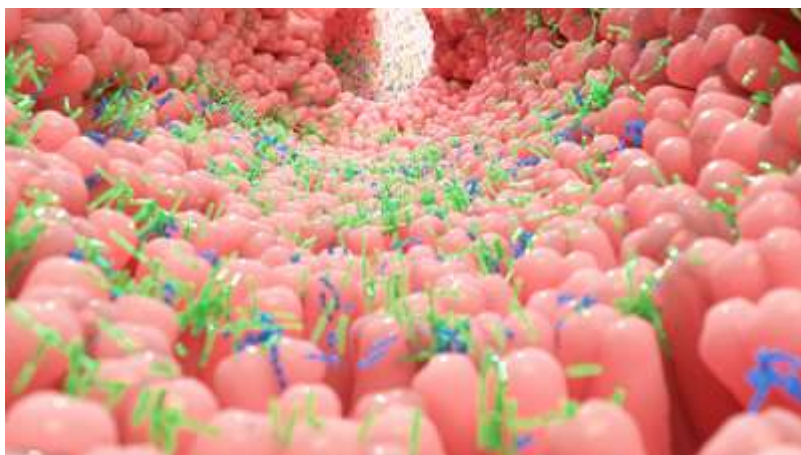
Lo smog rappresenta un onere importante per i sistemi sanitari

Poiché tutti e tre gli esami condotti si riferiscono a test diagnostici per la **salute cardiorespiratoria**, gli autori ipotizzano che i loro risultati forniscano la prova che i pazienti con un'elevata esposizione a PM2.5 sperimentano una maggiore **morbilità cardiovascolare**, spingendo gli operatori sanitari a eseguire più test diagnostici. Le **cartelle cliniche** che costituiscono la base di questa ricerca non includevano dati socioeconomici a livello individuale, né dati su procedure che potrebbero essere state eseguite al di fuori del sistema sanitario. Tuttavia, questi risultati aiuteranno i futuri ricercatori a stimare meglio l'onere dell'**esposizione al PM2,5** sui pazienti e sui sistemi ospedalieri. «Le associazioni tra il PM2.5 e le procedure ospedaliere possono darci una visione unica degli impatti dell'**esposizione al PM2,5** sia sui pazienti che sul sistema sanitario», affermano i ricercatori. «Abbiamo osservato un aumento delle prestazioni e delle **procedure diagnostiche** con una maggiore esposizione al PM2,5. Questa ricerca fornisce la prova che le procedure ospedaliere possono essere una lente unica attraverso la quale visualizzare gli effetti sulla salute dell'esposizione all'**inquinamento atmosferico**», conclude.

Tumori: il microbiota intestinale può aumentare l'efficacia dell'immunoterapia

L'immunoterapia ha rivoluzionato il trattamento di molte forme di tumore. Tuttavia, non tutti i pazienti ne beneficiano allo stesso modo e ancora oggi non ne conosciamo chiaramente le motivazioni. Ora un nuovo studio dell'Harvard Medical School e del Dana-Farber Cancer Institute suggerisce un nuovo possibile fattore chiave che potrebbe influenzare i risultati della terapia immunitaria: il microbiota intestinale di un individuo, ovvero quei miliardi di microorganismi che vivono nell'intestino umano

di Valentina Arcovio



L'**immunoterapia** ha rivoluzionato il trattamento di molte forme di tumore. Tuttavia, non tutti i pazienti ne beneficiano allo stesso modo e ancora oggi non ne conosciamo chiaramente le motivazioni. Ora un nuovo studio dell'**Harvard Medical School** e del Dana-Farber Cancer Institute suggerisce un nuovo possibile fattore chiave che potrebbe influenzare i risultati della **terapia immunitaria**: il microbiota intestinale di un individuo, ovvero quei miliardi di microorganismi che vivono nell'intestino umano. Lo studio, pubblicato su **Nature**, ha dimostrato come i **microbi dell'intestino** aumentino la risposta del corpo a un tipo comune di immunoterapia nota come checkpoint PD-1, attualmente utilizzata per il trattamento di 25 forme di cancro.

Alcuni batteri intestinali aumenta la risposta all'immunoterapia

La ricerca ha individuato alcune **specie batteriche** che possono influenzare l'attività di due molecole immunitarie, **PD-L2 e RGMB**, nonché l'interazione tra di esse. Il lavoro ha anche dimostrato che attraverso il **microbiota intestinale** è possibile bloccare l'attività di una di queste molecole o l'interazione tra di esse, aumentando così le risposte alla **terapia immunitaria** contro il cancro e ottimizzando la capacità del corpo di rilevare e distruggere le **cellule tumorali**. «I risultati dello studio definiscono una **strategia immunologica** potenzialmente efficace per il trattamento di pazienti che non rispondono all'immunoterapia del cancro PD-1», sottolineano i ricercatori

Probiotici e trapianto di microbiota per favorire le cure oncologiche

Lo studio apre la strada a nuovi approcci in grado di «potenziare» l'**immunoterapia oncologica**. Si può ad esempio immaginare di utilizzare probiotici o trapianti di microbiota per aumentare le **probabilità di guarigione** dei pazienti. «Se replicati negli esseri umani, i nostri risultati offrono un indizio cruciale su un puzzle complesso e, così facendo, suggeriscono modi concreti per **potenziare l'efficacia** dell'immunoterapia del cancro e migliorare i risultati dei pazienti», sottolinea, Joon Seok Park, autore dello studio. «Proponiamo un nuovo approccio per superare la resistenza alle attuali immunoterapie contro il cancro imparando dai **batteri intestinali** che aiutano il nostro sistema immunitario», conclude.

Micronutrienti: un bimbo su due nel mondo ha carenze di ferro, vitamina A e zinco

A fotografare la carenza di micronutrienti tra bambini e donne in gravidanza è la Fao con il Report “Contributo degli alimenti di origine animale alla sana alimentazione per il miglioramento della nutrizione e della salute”. Bozzolo (pediatra): «Anche un'alimentazione corretta, a volte, può non essere sufficiente ad assimilare le dosi raccomandate»

di Isabella Faggiano



Ferro, vitamina A e zinco sono tra i micronutrienti più carenti tra i bambini e le donne in gravidanza di tutto il mondo. A livello globale, più di un bambino in età prescolare su due, che tradotto in cifre equivale a 372 milioni di individui, ha uno o più deficit di questo tipo. Le donne in età fertile che patiscono le stesse carenze sono circa 1,2 miliardi. I dati sono emersi dal **Rapporto della Fao** “Contributo degli alimenti di origine animale alla sana alimentazione per il miglioramento della nutrizione e della salute”.

Il ferro

«Anche un'alimentazione corretta, a volte, può non essere sufficiente ad assimilare la dose raccomandata di ferro – spiega **Elena Bozzolo**, pediatra e consigliere nazionale della Sip, la Società Italiana di pediatria, in un'intervista a *Sanità Informazione* -. La quantità di ferro giornaliera necessaria ad ogni singolo individuo varia in base a genere, età ed alla situazione in cui ci si trova in quel momento della vita. Le donne, in generale, hanno necessità di un apporto di ferro maggiore rispetto agli uomini, fabbisogno che aumenta in gravidanza, in

allattamento e durante il ciclo mestruale. Ne hanno una necessità superiore ai loro coetanei anche i bambini che praticano attività sportiva a livello agonistico. È frequente rilevarne una carenza tra le adolescenti che seguono regimi alimentari restrittivi o alternativi, come diete dimagranti, **vegane** o vegetariane. Tra gli alimenti che contengono maggiore quantità di ferro ci sono: carne rossa, legumi, verdura a foglia, frutta secca. In assenza di una nutrizione adeguata – dice la pediatra – è consigliabile utilizzare degli integratori alimentari».

Le vitamine e lo zinco

Non è un caso, dunque, se tre quarti dei bambini tra cui il Report della Fao ha riscontrato carenze nutrizionali vivono in Asia meridionale e orientale, nel Pacifico e nell’Africa subsahariana: «Il consumo di proteine animali, come carne, uova e latticini – si legge nel Rapporto – varia molto nel mondo». Da non sottovalutare nemmeno le **carenze di vitamine e di zinco**. «Le prime sono fondamentali per le donne in gravidanza, tanto che carenze vitaminiche possono essere tra le cause di malformazioni fetali. Una carenza di zinco, invece, può compromettere le difese immunitarie. Nei bambini può causare un rallentamento della crescita e dello sviluppo», spiega la specialista. L’eventuale carenza di vitamine può essere valutata dal pediatra o dal medico di medicina generale attraverso un’anamnesi medica in grado di far emergere un’eccessiva selettività della dieta e le carenze associate. Se necessario, le vitamine, come il ferro, possono essere dosate con esami ematici

Il Report in sintesi

Secondo i dati contenuti nel documento della Fao, una persona in Congo consuma in media solo 160 grammi di latte all’anno, mentre in Montenegro consuma 338 chili. Quanto alle uova, una persona in Sud Sudan ne consuma in media 2 grammi all’anno rispetto a una media di 25 kg per una persona a Hong Kong. La persona media in Burundi consuma solo 3 chili di carne all’anno, rispetto ai 136 chili di chi vive a Hong Kong. Se consumati come parte di una dieta appropriata, spiega il rapporto Fao, «**gli alimenti di origine animale** possono aiutare a raggiungere gli obiettivi nutrizionali approvati dall’Assemblea Mondiale della Sanità e dagli obiettivi di sviluppo sostenibile», relativi alla riduzione del basso peso alla nascita, dell’anemia nelle donne in età riproduttiva e dell’obesità.



Roma, 4 maggio 2023 - Il

collasso neonatale (*Sudden Unexpected Postnatal Collapse - SUPC*) è un evento improvviso e inaspettato, molto raro (circa 1 neonato ogni 10.000 nati), che può avere conseguenze drammatiche, da gravi disabilità neurologiche nella maggior parte dei neonati sopravvissuti, fino alla morte (25%-50% dei casi).

Il SUPC si può

verificare nella prima settimana di vita (in particolare nelle prime due ore di vita) in neonati apparentemente sani, nati a termine o quasi a termine di gravidanza (età gestazionale >35 settimane), senza sofferenza alla nascita (punteggio di Apgar 7-8 a 5 minuti di vita), valutati idonei per le cure neonatali standard. Si tratta di un'improvvisa compromissione cardiocircolatoria e respiratoria, che richiede manovre di rianimazione e può esitare in cure intensive neonatali e, come detto precedentemente, encefalopatia o morte.

Sono stati identificati alcuni fattori di rischio, che possono essere oggetto di strategie di prevenzione. Per questo motivo, la Società Italiana di Neonatologia (SIN) ha istituito una task force SUPC*, coordinata

dalla prof.ssa Alessandra Coscia, a composizione multidisciplinare e multiprofessionale, con lo scopo di aggiornare le indicazioni già disponibili, che ha prodotto indicazioni SIN nazionali, fruibili nei diversi contesti assistenziali e utili ai professionisti per una gestione il più possibile efficace.

Le indicazioni, criticamente revisionate dalla commissione SIN-Safe e dal Consiglio Direttivo della SIN, propongono misure e strumenti che, in base alle conoscenze attuali, sono ritenuti adeguati a ridurre il rischio di SUPC, non solo in Sala Parto, ma anche nell'area *Rooming-in/Nido*.

I principali fattori di rischio sono relativi alle condizioni materne (stanchezza e sedazione), alle modalità di accudimento (condivisione del letto tra madre e neonato durante il sonno, posizioni “potenzialmente asfissianti” del neonato), a limitata sorveglianza del neonato da parte della madre, del padre, di altri familiari o dei professionisti sanitari.

Gli interventi indicati

dalla SIN hanno l'obiettivo di garantire che il rapporto tra madre e neonato possa avvenire nelle migliori condizioni di sicurezza e, conseguentemente, che le misure di prevenzione non interferiscano con le indicazioni atte ad assicurare alla diade madre-neonato il fondamentale contatto fisico ed emotivo. È necessario che gli interventi siano relativi sia all'aspetto della comunicazione, sia all'applicazione di protocolli di gestione e di sorveglianza.

Per quanto riguarda la comunicazione,

le informazioni dovrebbero essere offerte ai genitori già nel periodo prenatale e riproposte durante il ricovero per il parto, discutendo con gli stessi sulle modalità di accudimento del neonato. Sono noti i benefici dell'interazione madre-neonato e del contatto pelle a pelle (*skin-to-skin contact*) nell'immediato post-parto, un periodo sensibile, alla base di un legame intimo e profondo tra madre e neonato e che facilita l'adattamento del piccolo alla vita extra-uterina, nonché l'avvio di un precoce e duraturo allattamento al seno, fondamentale per il benessere della diade madre-neonato e per la normalità di crescita e sviluppo del piccolo.

Rispetto alle modalità con

cui facilitare l'interazione tra madre e neonato, i genitori devono ricevere informazioni sull'organizzazione della Sala Parto e del *Rooming-in*, sul ruolo di supporto e sorveglianza fornito dal personale sanitario e sull'importanza della partecipazione dei genitori per rendere più sicura la gestione precoce del neonato.

A supporto di queste indicazioni, la SIN ha realizzato brochure e poster che possono avere un ruolo di rinforzo per memorizzare le buone pratiche. Deve essere sottolineato come le buone pratiche per sostenere l'interazione della diade madre-bambino siano da attuarsi anche una volta tornati al proprio domicilio.

Per quanto riguarda la gestione e la sorveglianza, i professionisti sanitari, adeguatamente formati, devono garantire un sistema di controlli della diade madre-neonato, volti a identificare lo stato di benessere del piccolo, della madre e a correggere comportamenti a rischio.

È necessario garantire una stretta sorveglianza del contatto madre-bambino nei primi 10-15 minuti di vita, al fine di confermare, sulla base delle condizioni del neonato, la scelta del contatto pelle a pelle nelle ore successive. Nelle due ore successive, la sorveglianza sarà condotta con una frequenza adeguata e compatibile con il contesto specifico, controllando la corretta posizione del bambino sul torace/addome materno.

In qualunque momento le condizioni non ottimali della madre o le condizioni organizzative non consentano di effettuare il contatto pelle a pelle in sicurezza, va considerata la possibilità di interromperlo e di mettere in atto alternative temporanee, come porre il neonato in posizione supina in culla accanto alla madre, o coinvolgere il *caregiver*. In questi casi risulta ancora più importante il ruolo di personale sanitario del punto nascita, che deve avere una formazione specifica ed essere in grado di sorvegliare e supportare la relazione tra la mamma e il suo neonato.

Le Indicazioni sulla SUPC della SIN sono state recepite anche nel documento sul *Rooming-in*, in corso di Definizione da parte del Tavolo Tecnico Ministeriale ad hoc.

**Task force SUPC della SIN: Riccardo Davanzo, Laura Ilardi, Gianluca Lista, Michelangelo Barbaglia, Maura Degrassi, Ezio Fulcheri, Bianca Giuffrè, Camilla Gizzi, Lidia Grappone, Mattia Luciano, Silvia Perugi, Irene Picciolli, Laura Travan, Elsa Viora.*



San Marino, 4 maggio 2023 - Nel corso della vita gli agenti esterni come stress, inquinamento, alimentazione sbagliata hanno un impatto sul nostro organismo andando addirittura a modificare il nostro DNA. Queste modifiche al DNA dovute dalle sostanze inquinanti influenzano l'accensione o lo spegnimento di alcuni geni piuttosto che altri, spianando la strada a malattie cardiache e respiratorie*.

Un modo per tutelarci da questi cambiamenti con importanti conseguenze sulla nostra salute è rappresentato dalla conservazione del DNA alla nascita che permette di tutelare questo enorme patrimonio biologico. Il DNA fetale si presenta PURO nella sua struttura originaria e senza tutte le modifiche che nel tempo si accumuleranno su di esso. Il DNA PURO rappresenta un punto di partenza importante per analisi genetiche comparative utili a comprendere i cambiamenti che ha subito il nostro DNA durante la vita.

Avere un campione di DNA prelevato alla nascita o entro i primi sei mesi, attraverso un campione salivare, permette di analizzare i mutamenti, scoprire la storia genetica e poter dunque agire in modo mirato in caso di necessità.

Ma cosa è l'analisi comparativa del DNA? In caso di malattie, avere a disposizione il DNA puro permette

un'analisi e una comparazione con lo stato attuale del DNA indentificando nel dettaglio dove ci sono stati dei mutamenti per poter agire di conseguenza in modo mirato con un piano terapeutico adatto.

Il DNA trova inoltre impiego anche in quella che viene definita “medicina di precisione” utilizzando le informazioni sul corredo genetico di una persona per formulare terapie paziente-dipendenti. In un prossimo futuro, i medici saranno in grado di utilizzare regolarmente le informazioni sulla composizione genetica per scegliere i farmaci e le relative dosi personalizzate a seconda del paziente ottenendo dunque maggiori risultati terapeutici.



Dott.ssa Stefania Fumarola

Uno dei casi più comuni riguarda la resistenza agli antibiotici che secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, potrebbe causare la morte di 10 milioni di persone all'anno entro il 2050 rendendolo così un vero problema urgente che richiede un intervento globale.

“Le indagini per l'individuazione del farmaco adatto vengono effettuate ad esempio su persone infette dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV) - spiega la dott.ssa Stefania Fumarola, biologa e responsabile scientifica di In Scientia Fides - Prima di prescrivere il farmaco antivirale abacavir (Ziagen), i medici testano regolarmente i pazienti con infezione da HIV per una variante genetica che li rende più propensi ad avere una reazione negativa al farmaco. Un altro esempio è il farmaco per il cancro al seno trastuzumab (Herceptin) o anche per la leucemia linfoblastica acuta, in questi casi la Food and Drug Administration (FDA) statunitense raccomanda test genetici prima di somministrare il farmaco

chemioterapico mercaptopurina (Purinethol)”.

La FDA consiglia inoltre ai medici di testare i pazienti affetti da cancro del colon per alcune varianti genetiche prima di somministrare irinotecan (Camptosar), che fa parte di un regime chemioterapico combinato.

“Gli studi hanno scoperto che i farmaci chemioterapici, gefitinib (Iressa) ed erlotinib (Tarceva) - conclude la dott.ssa Fumarola - funzionano molto meglio nei pazienti con cancro ai polmoni i cui tumori hanno un certo cambiamento genetico. Recentemente inoltre, i ricercatori hanno identificato variazioni genetiche che influenzano la risposta delle persone depresse al citalopram (Celexa), una classe ampiamente utilizzata di farmaci antidepressivi chiamati inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). Poter analizzare il DNA e identificare la mutazione permette notevoli sviluppi nella medicina di precisione ed enormi miglioramenti nella cura dei pazienti attraverso piani terapeutici adatti ad ogni individuo”.

Fino a poco tempo fa, gli sviluppatori di farmaci utilizzavano un approccio che prevedeva lo screening di sostanze chimiche con un'ampia azione contro una malattia. I ricercatori stanno ora utilizzando le informazioni genomiche per trovare o progettare farmaci mirati a sottogruppi di pazienti con profili genetici specifici. L'obiettivo è quello di produrre nuovi farmaci che siano altamente efficaci e non causino gravi effetti collaterali.

**ricerca condotta in Canada dal gruppo dell'Ontario Institute for Cancer Research guidato da Philip Awadalla e pubblicata sull'autorevolissima rivista scientifica Nature Communications (Favé, MJ., Lamaze, F.C., Soave, D. et al. Gene-by-environment interactions in urban populations modulate risk phenotypes. Nat Commun 9, 827 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41467-018-03202-2>.*



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Team di ricercatori internazionale guidato dall'Università di Padova ha pubblicato sulla prestigiosa rivista “Cell Death and Disease” uno studio che evidenzia il ruolo delle proteine E ed M - fino a oggi ancora poco caratterizzate - nei meccanismi di proliferazione cellulare dei coronavirus



Padova, 5 maggio 2023 - La malattia da coronavirus (Covid-19) è una malattia respiratoria contagiosa causata dal virus SARS-CoV-2. Gli esiti clinici sono variabili e vanno dal recupero spontaneo alla malattia grave fino alla morte.

Nel marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato una pandemia globale di Covid-19, tre anni dopo sono stati confermati in tutto il mondo circa 670 milioni di casi e 6,8 milioni di decessi. I coronavirus, incluso SARS-CoV-2, contengono un genoma di RNA a filamento singolo racchiuso in un capside virale costituito da quattro proteine strutturali: la proteina nucleocapside (N), la proteina spike (S), la proteina E e la proteina di membrana M.



Prof. Tito Calì

Team

di ricercatori internazionale guidato dall'Università di Padova ha pubblicato sulla prestigiosa rivista *Cell Death and Disease* lo studio [*Perturbation of the host cell Ca²⁺ homeostasis and ER-mitochondria contact sites by the SARS-CoV-2 structural proteins E and M*](#) che evidenzia il ruolo delle proteine E ed M - fino a oggi ancora poco caratterizzate - nei meccanismi di proliferazione cellulare dei coronavirus, aprendo nuove prospettive di contenimento e cura delle epidemie da diversi tipi di coronavirus.

“In particolare, la proteina E, ancora non particolarmente studiata nelle sue caratteristiche di azione, è presente in tutti i coronavirus ed è caratterizzata da un basso tasso di mutazione - spiega il prof. Tito Calì, del Dipartimento di Scienze biomediche dell'Università di Padova e *corresponding author* della ricerca - Il nostro studio si è focalizzato quindi sulle proteine E ed M di SARS-CoV-2, ed è emerso che esse giocano ruoli diversi nel meccanismo di produzione delle particelle virali all'interno della cellula. Abbiamo inoltre prodotto, purificato e testato specifici anticorpi piccolissimi chiamati nanobodies in grado di modulare l'attività della viroporina E andando così a modificare il meccanismo patologico che, nella cellula, permette la proliferazione del virus”.



Prof.ssa Marisa Brini

“Questo studio, oltre a permettere una maggiore comprensione dei meccanismi molecolari attraverso cui queste proteine interferiscono con i processi cellulari suggerisce che la proteina E potrebbe essere un importante candidato terapeutico non solo per lo sviluppo di nuovi vaccini, ma anche per la gestione clinica del Covid attraverso regimi farmacologici mirati contro la sua funzione che, ad oggi, sono molto limitati”, conclude la prof.ssa Marisa Brini, del Dipartimento di Biologia dell’Università di Padova e co-autrice dello studio.

Lo studio, finanziato dal fondo “Emergenza COVID 19” dell’Università di Padova è stato svolto dalla dott.ssa Elena Poggio (DiBio), dalla dott.ssa Francesca Vallese (Columbia) e dal dott. Andreas Hartel (Columbia) in collaborazione con ricercatori della Columbia University di New York e della Technical University of Darmstadt, in Germania e coordinato dal prof Tito Calì del DSB e dalla prof.ssa Marisa Brini del DiBio.

energetico

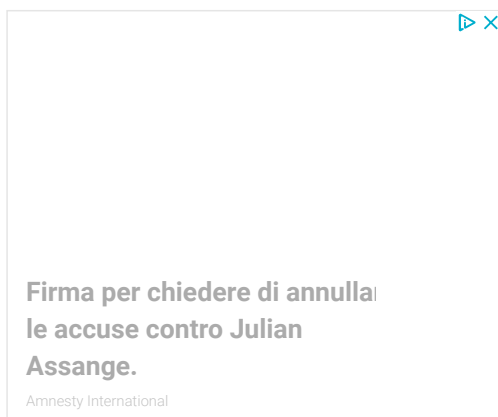
i numeri po il no al



Posti letto al 20 per cento di occupazione
Mancano medici e infermieri
1800 al giorno

**STRAORDINARI
PREZISTOCK!**
IN QUANTITÀ LIMITATE

Se per il cuneo fiscale, il **governo Meloni** ha presentato come “il più importante taglio delle tasse mai fatto” (e non è vero) quello di 4 miliardi, perché con gli attuali conti dello Stato di più non poteva fare, questo non è vero in ambito sanitario. Nel corso della pandemia era stata prevista la possibilità di accedere al cosiddetto “**Mes sanitario**”, che per noi equivaleva a circa **37 miliardi**, la cui unica condizionalità sarebbe stata quella di utilizzare i relativi fondi a esclusivo sostegno del sistema sanitario. E con un tasso di interesse vicino allo zero.



Unica condizionalità era la destinazione
“**dirette e indirette di salute pubblica**”

inutili o irrealizzabili entro il 2026.

Purtroppo questa opportunità non è stata colta, e ora il governo, salvo ulteriore indebitamento, deve trovare le risorse per la sanità dal bilancio ordinario. Cosa che fin qui è risultata scarsa.

A fine aprile sono state così aggiornate e rese effettivamente usufruibili tramite il Servizio Sanitario Nazionale tantissime nuove cure sia di specialistica ambulatoriale che di assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete. Prestazioni che finora non era stato possibile erogare su tutto il territorio nazionale proprio in mancanza dell'adozione del decreto tariffe.



Il ministero della Salute al momento ha accompagnato questa riforma con risorse pari a 402 milioni di euro, “ma laddove il monitoraggio dovesse portare a individuare una ulteriore richiesta, che qualcuno quantifica in duecento milioni, saremmo in grado da qui alla fine dell'anno di trovarle” ha detto il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci**. Cifre purtroppo insufficienti. Con l'ultima legge di bilancio l'esecutivo ha stanziato 2.15 miliardi in p... preventivato. Una cifra che, come segna che dalle Regioni, non copre neppure tu al Covid e al caro-energia e materiali. In **dell'incremento del fondo sanitario i**

**LEGGI ANCHE**

Faccio politica per tutte le piccole me che convivono con un'intrusa maledetta

Nel 2018 la spesa sanitaria italiana è stata di circa 123 miliardi (l'8,8 per cento del Pil, oltre duemila euro a persona) mentre dei 209 miliardi previsti dal **Recovery Fund**, il nostro Paese ha deciso di utilizzarne solo sedici per la sanità. Nonostante l'aggiornamento dei Lea, vi sono poi patologie non sono riconducibili ad uno specifico codice, un problema che è ancora più grande per una particolare categoria di persone, quelle affette da una 'malattia rara senza diagnosi'. Rispetto a queste oltre a mancare cure e assistenza, mancando il "codice" il Ssn non può farsi carico degli esami di nuova generazione più precisi, ma molto cari, quali i test genomici. Nonostante l'impegno del governo che ha recepito una mozione specifica, mancano ancora i decreti attuativi del Testo Unico sulle malattie rare approvato nella scorsa legislatura.



Nel 2021 **la spesa pro-capite in sanità in Italia è stata pari a 2.856 euro, molto meno di Germania (5.944 euro), Francia (4.355 euro)**, e alla media Ocse (3.771 euro). Questi dati non rispecchiamo la fotografia demografica che alla denatalità contrappone l'invecchiamento della popolazione. Già nel 2030 gli over 65 saranno il 33 per cento della popolazione, di cui tre milioni e mezzo non autosufficienti rispetto ai due milioni attuali. Con l'aumento dell'aspettativa

Riformista



malattie cronico-degenerative. Il 40 per cento della popolazione, inoltre, è affetta da malattie con andamento ingravescente e progressivo aumento delle problematiche legate alla cronicità.



A ciò si aggiunge anche una progressiva riduzione dei posti letto in ambito ospedaliero, con valori italiani per mille abitanti, al 2018, tra i più bassi in Europa (3.1 a fronte di una media europea intorno a 5) e largamente insufficienti per rispondere alle esigenze di ricovero. L'Italia presenta una disponibilità di operatori sanitari per diecimila abitanti pari a 97.4. Non a caso il ministro Fitto ha annunciato che si dovrà rinunciare alla realizzazione degli ospedali di comunità previsti nel Pnrr, non essendoci risorse economiche e professionali utili ad attivarli dopo la costruzione: rimarrebbero cattedrali nel deserto. Dal diciottesimo Rapporto Sanità del Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità dell'Università di Roma Tor Vergata emerge che al finanziamento della sanità pubblica italiana mancano almeno cinquanta miliardi per avere un'incidenza media sul Pil simile agli altri Paesi europei.

Una delle conseguenze è che cresce la spesa sanitaria privata: quella media arriva a oltre 1.700 euro a famiglia. Se davvero vogliamo un sistema sanitario nazionale, per tutti, bisogna investire di più, rimediando agli errori commessi.

Annarita Digiorgio



© RIPRODUZIONE RISERVATA



CONTENT REVOLUTION

Altra uscita dal PD: il Senatore Cottarelli si dimette per dissensi con la linea Schlein

ASP e Ospedali

I dettagli

Asp di Enna, via libera all'assunzione di medici extra-europei

Alfredo Vasta ringrazia il commissario Iudica per "l'impegno a garantire la migliore assistenza medica possibile".

🕒 **Tempo di lettura:** 2 minuti



8 Maggio 2023 - di **Redazione**

Disattiva tutta la pubblicità

Installa

Internet più veloce senza pubblicità

Total Adblock

[INSANITAS](#) > ASP E Ospedali

«Sono lieto di esprimere la mia più sincera gratitudine per aver emanato il bando di assunzione medici allargato ai medici extra-europei». Lo scrive **Alfredo Vasta** (referente del gruppo "Insieme per il F.B.C. di Leonforte") in una lettera aperta inviata al commissario dell'Asp di Enna, **Francesco Iudica** (nella foto di *Insanitas*), commentando la decisione di aprire il bando a medici provenienti da altre parti del mondo «che dimostra il vostro impegno a garantire la migliore assistenza medica possibile ai cittadini della provincia di Enna».

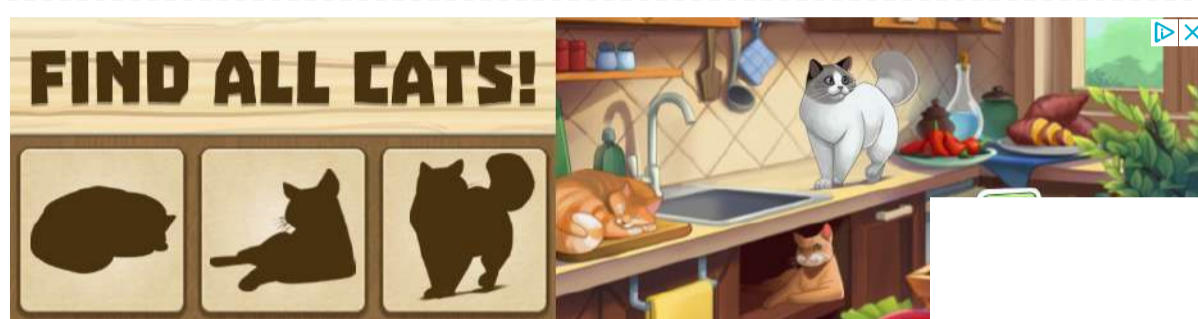


Numero Verde Ricaricabile

Il Tuo Numero Verde sarà Attivo Immediatamente senza costi di Attivazione o Canone Mensile numeroverde.it

«Vorrei anche ringraziarla personalmente per aver preso in considerazione la nostra lista di **576 medici italo-argentini**, disposti a partecipare al bando e a trasferirsi nelle sedi ospedaliere di Leonforte, Nicosia, Piazza Armerina e Enna. La vostra attenzione alle nostre richieste e il vostro supporto alle nostre Comunità dimostrano il vostro profondo impegno a migliorare l'accesso ai servizi medici di **alta qualità** per tutti- aggiunge Vasta- La vostra decisione di assumere medici extra-europei, in particolare, non solo fornirà l'opportunità per i medici altamente **qualificati** di altre parti del mondo di lavorare in Italia, ma anche di arricchire la nostra comunità medica con le loro diverse esperienze culturali ed educative».

Infine, Vasta sottolinea: «Voglio ringraziarla per la sua dedizione e attenzione alle esigenze della comunità. Fra 60 giorni (fine giugno) sapremo quanti e quali medici italo-argentini hanno partecipato al bando. Vorrei anche ringraziare tutti i sindaci della provincia di Enna, in primis Rosario Colianni sindaco di Nissoria , i nostri Vescovi di Nicosia e Piazza Armerina Schillaci e Gisana e tutti quanti hanno partecipato alla realizzazione di questo meraviglioso sogno, divenuto realtà .



**12 MAGGIO 2023
GIORNATA INTERNAZIONALE
DELL'INFERMIERE**



Clicca qui per i programma

AOOR Villa Sofia Cervello, il 9 maggio seminario formativo sulla cirrosi epatica

[NewSicilia](#)| [Cronaca](#)| [Palermo](#)

06/05/2023 7:09

[Redazione NewSicilia](#)0

PALERMO – Il 9 maggio 2023, dalle ore 15 alle ore 17,30, si terrà il **seminario formativo dal titolo “Update sulla Cirrosi Epatica. Indicatori di rischio e strategie di management”**. Il corso verrà svolto nell’**Aula Magna dell’ospedale “Cervello”** (via Trabucco 180) ed è rivolto ad un numero **massimo di 100 medici** di tutte le specializzazioni, oltre che interni all’azienda, anche esterni.

Il **seminario formativo** è organizzato dall’**U.O.S. “Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale”**. Responsabile scientifico del corso è il dr. **Giuseppe Malizia** dell’UOC di “Gastroenterologia” dell’azienda ospedaliera palermitana.

Le parole di Malizia

*“La cirrosi epatica rappresenta l’evoluzione di molte malattie croniche del fegato, virali, tossiche o metaboliche e ha un **significativo impatto su qualità di vita e sopravvivenza**, specie dopo il passaggio dalla fase compensata a quella scompensata.*

Purtroppo, nonostante la straordinaria efficacia degli antivirali diretti sulla malattia da virus epatite C, la prevalenza globale della cirrosi è in incremento, soprattutto come conseguenza dell’incremento del consumo di alcool e dell’incidenza della steatosi epatica non alcolica (NAFLD – Non Alcoholic Fatty Liver Disease).

*Su quest’ultima, in particolare, si concentra ormai da anni una **grande attenzione**. Si tratta di una condizione clinica frequentemente associata alla presenza di patologie metaboliche, quali obesità e diabete, con elevato rischio di patologia cardiovascolare.*

Nell’ambito della NAFLD spicca la steatopatite non alcolica (NASH), condizione clinica dinamica caratterizzata da un rischio più elevato di progressione verso la cirrosi epatica ed il carcinoma primitivo del fegato, ma che può regredire verso la steatosi isolata, dopo modificazione dello stile di vita, del pattern alimentare, controllo delle patologie metaboliche associate ed, auspicabilmente a breve, intervento farmacologico specifico”.



Nella foto dr Giuseppe Malizia

I dati in Italia

In Italia il **quadro epidemiologico** stima la **prevalenza della NAFLD nella popolazione generale in circa il 25%**, con tassi superiori al 50% in popolazioni a rischio quali soggetti obesi e/o diabetici. La prevalenza stimata di danno epatico significativo è di circa il 2%, ma intorno al 13% nei soggetti diabetici.

Il rischio di complicanze epatiche nei soggetti con NAFLD, secondo il **Global Burden of Disease al 2017** riporta a livello mondiale dal 2012 al 2017 un incremento del 21% dei casi incidenti di tumore epatico e del 7,18% dei casi di cirrosi e in Europa occidentale registra un incremento stimato di incidenza di cancro epatico dell'8.7% e di cirrosi epatica dell'1.2%.

Gli obiettivi del seminario

*“La gestione clinica di questi pazienti è – aggiunge **Malizia** – complessa e richiede un approccio multidisciplinare (tra epatologi, internisti, cardiologi, diabetologi, nutrizionisti) che non può prescindere dalla preziosa collaborazione dei medici di famiglia a cui è anche rivolto il seminario, che si propone come **obiettivo quello di fungere da stimolo formativo non iperspecialistico**”.*

Proprio riguardo all'aspetto della formazione in ambito epatologico, una survey condotta dall'EASL (European Association for the Study of the Liver) in 29 differenti Paesi ha rilevato come soltanto in una minoranza di essi siano stati attivati studi epidemiologici ufficiali, programmi strutturati di informazione e di formazione.

Problema ancora sottovalutato

*“La sfida – conclude **Malizia** – è oltre a quella di **intervenire sugli stili di vita**, anche quella di **avviare una prevenzione mediante screening mirati** per identificare fra i tanti soggetti con NAFLD quelli con NASH, affinché i pazienti siano indirizzati verso centri specifici”.*

Siamo davanti a un **problema ancora sottovalutato** nonostante le pesanti ripercussioni sulla qualità di vita di questi pazienti: ansia, depressione, problemi di sonno, che dettano una situazione invalidante con più elevato tasso di perdita di attività produttiva e di lavoro e alti costi di sistema.

I relatori

L'evento prevede la partecipazione di autorevoli **relatori**; la prof. G. Garcia-Tsao della Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA, che tratterà del tema “Decompensated cirrhosis, AKI and infections: impact of albumin use on the course of the disease”, il dr. G. D'Amico della Clinica “La Maddalena” di Palermo, che intervverrà su “Cirrosi scompensata: decorso clinico ed indicatori di rischio”

ed il prof. S. Gruttadauria dell'Unità Chirurgia Addominale e Trapianti Addominali IRCCS-ISMETT UPMC Palermo, che presenterà una relazione sulla "Chirurgia nel paziente cirrotico nel 2023".

Per ulteriori eventuali **informazioni** relative all'iscrizione rivolgersi alla Segreteria Organizzativa U.O.S. Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale.

E-mail: ecm@villasofia.it

NB. il seminario non è accreditato ECM

Ulteriori dati di utilità

La **spesa per un paziente con cirrosi non ospedalizzato va dai 300 ai 3mila euro**, che salgono a 700-800 euro al giorno in caso di ricovero. Nonostante questi numeri, l'attenzione rivolta alla cirrosi è ancora scarsa (Fonte Camerae Sanitatis, format editoriale multimediale nato dalla collaborazione tra l'Intergruppo parlamentare Scienza & Salute e SICS editore).

La **correlazione tra la NAFLD e il rischio di sviluppare fibrosi epatica avanzata** – maggiore fattore di complicanze epatiche e di insorgenza di epatocarcinoma e scompenso epatico – attesta come il **rischio di morte** per cause correlate alla malattia di fegato sia **elevato**.

Secondo l'European Liver Transplant Registry su 60.527 pazienti sottoposti a trapianto epatico, di cui il 28.3% per epatocarcinoma, il tasso di trapianti per epatocarcinoma secondario a NAFLD osservato era aumentato di circa 3 volte ovvero dallo 0.3% del 2007 all'1.1% del 2017.

Le **stime del Global Burden of Diseases** prevedono un **incremento del numero di decessi** per carcinoma epatico e per cirrosi epatica rispettivamente del 100% e del 50% nel 2040. Il **report** (al 2016) aggiunge che nel mondo, sono decedute 828.940 persone per epatocarcinoma e 1.256.850 persone per cirrosi epatica. Sono oltre 100mila i pazienti con cirrosi e malattia avanzata già curati dall'epatite C, ma ancora a rischio di sviluppare un tumore del fegato, inoltre, ci sono almeno altri 100mila casi correlati ad altre patologie come alcool, obesità, epatite B, ecc.

La **Regione Siciliana ha istituito la Rete Epatologica Sicilia** che riunisce figure multidisciplinari per la gestione delle malattie del fegato e che include registri web-based per Epatite C, Epatite B, NAFLD/NASH, Colangite Biliare Primitiva e Carcinoma Primitivo del Fegato.

[Clicca Qui per il programma completo del seminario](#)

Aoor Villa Sofia Cervello. Il 9 maggio seminario formativo sulla cirrosi epatica. Indicatori di rischio e strategia di management



di Press Service | 05/05/2023



Attiva ora le notifiche su Messenger 

Il **9 maggio 2023**, dalle ore 15.00 alle ore 17.30, si terrà il seminario formativo dal titolo “Update sulla Cirrosi Epatica. Indicatori di rischio e strategie di management”. Il corso verrà svolto dalle ore 15,00 alle ore 17,30 presso l’Aula Magna dell’ospedale “Cervello” (via Trabucco 180) ed è rivolto ad un numero massimo di 100 medici di tutte le specializzazioni, oltre che interni all’azienda, anche esterni. Il seminario formativo è organizzato dall’U.O.S. “Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale”. Responsabile scientifico del corso è il dr. **Giuseppe Malizia** dell’UOC di “Gastroenterologia” dell’azienda ospedaliera palermitana. “La cirrosi epatica – spiega **Malizia** – rappresenta l’evoluzione di

molte malattie croniche del fegato, virali, tossiche o metaboliche ed ha un significativo impatto su qualità di vita e sopravvivenza, specie dopo il passaggio dalla fase compensata a quella scompensata. Purtroppo, nonostante la straordinaria efficacia degli antivirali diretti sulla malattia da virus epatite C, la prevalenza globale della cirrosi è in incremento, soprattutto come conseguenza dell'incremento del consumo di alcool e dell'incidenza della steatosi epatica non alcolica (NAFLD – Non Alcoholic Fatty Liver Disease). Su quest'ultima, in particolare, si concentra ormai da anni una grande attenzione. Si tratta di una condizione clinica frequentemente associata alla presenza di patologie metaboliche, quali obesità e diabete, con elevato rischio di patologia cardiovascolare. Nell'ambito della NAFLD spicca la steatopatite non alcolica (NASH), condizione clinica dinamica caratterizzata da un rischio più elevato di progressione verso la cirrosi epatica ed il carcinoma primitivo del fegato, ma che può regredire verso la steatosi isolata, dopo modificazione dello stile di vita, del pattern alimentare, controllo delle patologie metaboliche associate ed, auspicabilmente a breve, intervento farmacologico specifico”.

In Italia il quadro epidemiologico stima la prevalenza della NAFLD nella popolazione generale in circa il 25%, con tassi superiori al 50% in popolazioni a rischio quali soggetti obesi e/o diabetici. La prevalenza stimata di danno epatico significativo è di circa il 2%, ma intorno al 13% nei soggetti diabetici. Il rischio di complicanze epatiche nei soggetti con NAFLD, secondo il Global Burden of Disease al 2017 riporta a livello mondiale dal 2012 al 2017 un incremento del 21% dei casi incidenti di tumore epatico e del 7,18% dei casi di cirrosi e in Europa occidentale registra un incremento stimato di incidenza di cancro epatico dell'8.7% e di cirrosi epatica dell'1.2%.

“La gestione clinica di questi pazienti è – aggiunge **Malizia** – complessa e richiede un approccio multidisciplinare (tra epatologi, internisti, cardiologi, diabetologi, nutrizionisti) che non può prescindere dalla preziosa collaborazione dei medici di famiglia a cui è anche rivolto il seminario, che si propone come obiettivo quello di fungere da stimolo formativo non iperspecialistico”. Proprio riguardo all’aspetto della formazione in ambito epatologico, una survey condotta dall’EASL (European Association for the Study of the Liver) in 29 differenti Paesi ha rilevato come soltanto in una minoranza di essi siano stati attivati studi epidemiologici ufficiali, programmi strutturati di informazione e di formazione. “La sfida – conclude **Malizia** -è oltre a quella di intervenire sugli stili di vita, anche quella di avviare una prevenzione mediante screening mirati per identificare fra i tanti soggetti con NAFLD quelli con NASH, affinché i pazienti siano indirizzati verso centri specifici”. Siamo davanti a un problema ancora sottovalutato nonostante le pesanti ripercussioni sulla qualità di vita di questi pazienti: ansia, depressione, problemi di sonno, che dettano una situazione invalidante con più elevato tasso di perdita di attività produttiva e di lavoro e alti costi di sistema.

L’evento prevede la partecipazione di autorevoli relatori; la prof. G. Garcia-Tsao della Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA, che tratterà del tema “Decompensated cirrhosis, AKI and infections: impact of albumin use on the course of the disease”, il dr. G. D’Amico della Clinica “La Maddalena” di Palermo, che interverrà su “Cirrosi scompensata: decorso clinico ed indicatori di rischio” ed il prof. S. Gruttadauria dell’Unità Chirurgia Addominale e Trapianti Addominali IRCCS-ISMETT UPMC Palermo, che presenterà una relazione sulla “Chirurgia nel paziente cirrotico nel 2023”.

Per ulteriori eventuali informazioni relative all'iscrizione rivolgersi alla Segreteria Organizzativa U.O.S. Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale.

E-mail: ecm@villasofia.it

NB il seminario non è accreditato ECM

Palermo. AOR Villa Sofia Cervello. Cirrosi epatica: Seminario formativo il 9 maggio. Indicatori di rischio e strategie di management

Con la partecipazione di autorevoli relatori, l'evento rivolto ad un numero massimo di 100 medici di tutte le specializzazioni, oltre che interni all'azienda, si terrà dalle ore 15,00 alle ore 17,30 nell'Aula Magna dell'ospedale "Cervello". Responsabile scientifico, il dottor Giuseppe Malizia dell'UOC di "Gastroenterologia" dell'azienda ospedaliera palermitana. "Cirrosi epatica non alcolica problema emergente di significativo impatto sociale ed economico ma ancora sottovalutato"

5 Maggio 2023 Redazione Salute e Benessere



Palermo – Il 9 maggio 2023, dalle ore 15.00 alle ore 17.30, si terrà il seminario formativo dal titolo "Update sulla Cirrosi Epatica. Indicatori di rischio e strategie di management". Il corso verrà svolto dalle ore 15,00 alle ore 17,30 presso l'Aula Magna dell'ospedale "Cervello" (via Trabucco 180) ed è rivolto ad un numero massimo di 100 medici di tutte le specializzazioni, oltre che interni all'azienda, anche esterni. Il seminario formativo è organizzato dall'U.O.S. "Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale". Responsabile scientifico del corso è il dr. Giuseppe Malizia dell'UOC di "Gastroenterologia" dell'azienda ospedaliera palermitana.



"La cirrosi epatica – spiega Malizia – rappresenta l'evoluzione di molte malattie croniche del fegato, virali, tossiche o metaboliche ed ha un significativo impatto su qualità di vita e sopravvivenza, specie dopo il passaggio dalla fase compensata a quella scompensata. Purtroppo, nonostante la straordinaria efficacia degli antivirali diretti sulla malattia da virus epatite C, la prevalenza globale della cirrosi è in incremento, soprattutto come conseguenza dell'incremento del consumo di alcool e dell'incidenza della steatosi epatica non alcolica (NAFLD – Non Alcoholic Fatty Liver Disease). Su quest'ultima, in particolare, si concentra ormai da anni una grande attenzione. Si tratta di una condizione clinica frequentemente associata alla presenza di patologie metaboliche, quali obesità e diabete, con elevato rischio di patologia cardiovascolare. Nell'ambito della NAFLD spicca la steatopatie non alcolica (NASH), condizione clinica dinamica caratterizzata da un rischio più elevato di progressione

verso la cirrosi epatica ed il carcinoma primitivo del fegato, ma che può regredire verso la steatosi isolata, dopo modificazione dello stile di vita, del pattern alimentare, controllo delle patologie metaboliche associate ed, auspicabilmente a breve, intervento farmacologico specifico".

In Italia il quadro epidemiologico stima la prevalenza della NAFLD nella popolazione generale in circa il 25%, con tassi superiori al 50% in popolazioni a rischio quali soggetti obesi e/o diabetici. La prevalenza stimata di danno epatico significativo è di circa il 2%, ma intorno al 13% nei soggetti diabetici. Il rischio di complicanze epatiche nei soggetti con NAFLD, secondo il Global Burden of Disease al 2017 riporta a livello mondiale dal 2012 al 2017 un incremento del 21% dei casi incidenti di tumore epatico e del 7,18% dei casi di cirrosi e in Europa occidentale registra un incremento stimato di incidenza di cancro epatico dell'8.7% e di cirrosi epatica dell'1.2%.

“La gestione clinica di questi pazienti è – aggiunge Malizia – complessa e richiede un approccio multidisciplinare (tra epatologi, internisti, cardiologi, diabetologi, nutrizionisti) che non può prescindere dalla preziosa collaborazione dei medici di famiglia a cui è anche rivolto il seminario, che si propone come obiettivo quello di fungere da stimolo formativo non iperspecialistico”. Proprio riguardo all'aspetto della formazione in ambito epatologico, una survey condotta dall'EASL (European Association for the Study of the Liver) in 29 differenti Paesi ha rilevato come soltanto in una minoranza di essi siano stati attivati studi epidemiologici ufficiali, programmi strutturati di informazione e di formazione. “La sfida – conclude Malizia -è oltre a quella di intervenire sugli stili di vita, anche quella di avviare una prevenzione mediante screening mirati per identificare fra i tanti soggetti con NAFLD quelli con NASH, affinché i pazienti siano indirizzati verso centri specifici”. Siamo davanti a un problema ancora sottovalutato nonostante le pesanti ripercussioni sulla qualità di vita di questi pazienti: ansia, depressione, problemi di sonno, che dettano una situazione invalidante con più elevato tasso di perdita di attività produttiva e di lavoro e alti costi di sistema.

L'evento prevede la partecipazione di autorevoli relatori; la prof. G. Garcia-Tsao della Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA, che tratterà del tema “Decompensated cirrhosis, AKI and infections: impact of albumin use on the course of the disease”, il dr. G. D'Amico della Clinica “La Maddalena” di Palermo, che interverrà su “Cirrosi scompensata: decorso clinico ed indicatori di rischio” ed il prof. S. Gruttadauria dell'Unità Chirurgia Addominale e Trapianti Addominali IRCCS-ISMETT UPMC Palermo, che presenterà una relazione sulla “Chirurgia nel paziente cirrotico nel 2023”.

Per ulteriori eventuali informazioni relative all'iscrizione rivolgersi alla Segreteria Organizzativa U.O.S. Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale.
E-mail: ecm@villasofia.it

NB il seminario non è accreditato ECM

Contesto

La spesa per un paziente con cirrosi non ospedalizzato va dai 300 ai 3000 euro, che salgono a 700-800 euro al giorno in caso di ricovero. Nonostante questi numeri, l'attenzione rivolta alla cirrosi è ancora scarsa (Fonte Camerae Sanitatis, format editoriale multimediale nato dalla collaborazione tra l'Intergruppo parlamentare Scienza & Salute e SICS editore). La correlazione tra la NAFLD ed il rischio di sviluppare fibrosi epatica avanzata – maggiore fattore di complicanze epatiche e di insorgenza di epatocarcinoma e scompenso epatico – attesta come il rischio di morte per cause correlate alla malattia di fegato sia elevato. Secondo l'European Liver Transplant Registry su 60.527 pazienti sottoposti a trapianto epatico, di cui il 28.3% per epatocarcinoma, il tasso di trapianti per epatocarcinoma secondario a NAFLD osservato era aumentato di circa 3 volte ovvero dallo 0.3% del 2007 all'1.1% del 2017.

Le stime del Global Burden of Diseases prevedono un incremento del numero di decessi per carcinoma epatico e per cirrosi epatica rispettivamente del 100% e del 50% nel 2040. Il report (al 2016) aggiunge che nel mondo, sono decedute 828.940 persone per epatocarcinoma e 1.256.850 persone per cirrosi epatica. Sono oltre 100.000 i pazienti con cirrosi e malattia avanzata già curati



dall'epatite C, ma ancora a rischio di sviluppare un tumore del fegato, inoltre, ci sono almeno altri 100.000 casi correlati ad altre patologie come alcool, obesità, epatite B, ecc.

La Regione Siciliana ha istituito la Rete Epatologica Sicilia che riunisce figure multidisciplinari per la gestione delle malattie del fegato e che include registri web-based per Epatite C, Epatite B, NAFLD/NASH, Colangite Biliare Primitiva e Carcinoma Primitivo del Fegato.

Ospedale Cervello, il 9 maggio seminario formativo sulla cirrosi epatica

Il corso è rivolto ad un numero massimo di 100 medici di tutte le specializzazioni, oltre che interni all'azienda, anche esterni



Redazione

05 maggio 2023 19:01



Il 9 maggio 2023, dalle 15 alle 17.30, si terrà il seminario formativo dal titolo “Update sulla Cirrosi Epatica. Indicatori di rischio e strategie di management”. Il corso verrà svolto dalle ore 15 alle ore 17,30 nell’Aula Magna del Cervello (via Trabucco 180) ed è rivolto ad un numero massimo di 100 medici di tutte le specializzazioni, oltre che interni all’azienda, anche esterni. Il seminario formativo è organizzato dall’Uos “Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale”. Responsabile scientifico del corso è Giuseppe Malizia dell’Unità di “Gastroenterologia” dell’azienda ospedaliera palermitana.

“La cirrosi epatica - spiega Malizia - rappresenta l’evoluzione di molte malattie croniche del fegato, virali, tossiche o metaboliche ed ha un significativo impatto su qualità di vita e sopravvivenza, specie dopo il passaggio dalla fase compensata a quella scompensata. Purtroppo, nonostante la straordinaria efficacia degli antivirali diretti sulla malattia da virus epatite C, la prevalenza globale della cirrosi è in incremento, soprattutto come conseguenza dell’incremento del consumo di alcool e dell’incidenza della steatosi epatica non alcolica (NAFLD - Non Alcoholic Fatty Liver Disease). Su quest’ultima, in particolare, si concentra ormai da anni una grande

PalermoToday è in caricamento

attenzione. Si tratta di una condizione clinica frequentemente associata alla presenza di patologie metaboliche, quali obesità e diabete, con elevato rischio di patologia cardiovascolare. Nell'ambito della NAFLD spicca la steatopatie non alcolica (NASH), condizione clinica dinamica caratterizzata da un rischio più elevato di progressione verso la cirrosi epatica ed il carcinoma primitivo del fegato, ma che può regredire verso la steatosi isolata, dopo modificazione dello stile di vita, del pattern alimentare, controllo delle patologie metaboliche associate ed, auspicabilmente a breve, intervento farmacologico specifico”.

In Italia il quadro epidemiologico stima la prevalenza della NAFLD nella popolazione generale in circa il 25%, con tassi superiori al 50% in popolazioni a rischio quali soggetti obesi e/o diabetici. La prevalenza stimata di danno epatico significativo è di circa il 2%, ma intorno al 13% nei soggetti diabetici. Il rischio di complicanze epatiche nei soggetti con NAFLD, secondo il Global Burden of Disease al 2017 riporta a livello mondiale dal 2012 al 2017 un incremento del 21% dei casi incidenti di tumore epatico e del 7,18% dei casi di cirrosi e in Europa occidentale registra un incremento stimato di incidenza di cancro epatico dell'8.7% e di cirrosi epatica dell'1.2%.

“La gestione clinica di questi pazienti è - aggiunge Malizia - complessa e richiede un approccio multidisciplinare (tra epatologi, internisti, cardiologi, diabetologi, nutrizionisti) che non può prescindere dalla preziosa collaborazione dei medici di famiglia a cui è anche rivolto il seminario, che si propone come obiettivo quello di fungere da stimolo formativo non iperspecialistico”. Proprio riguardo all'aspetto della formazione in ambito epatologico, una survey condotta dall'EASL (European Association for the Study of the Liver) in 29 differenti Paesi ha rilevato come soltanto in una minoranza di essi siano stati attivati studi epidemiologici ufficiali, programmi strutturati di informazione e di formazione. “La sfida - conclude Malizia - è oltre a quella di intervenire sugli stili di vita, anche quella di avviare una prevenzione mediante screening mirati per identificare fra i tanti soggetti con NAFLD quelli con NASH, affinché i pazienti siano indirizzati verso centri specifici”. Siamo davanti a un problema ancora sottovalutato nonostante le pesanti ripercussioni sulla qualità di vita di questi pazienti: ansia, depressione, problemi di sonno, che dettano una situazione invalidante con più elevato tasso di perdita di attività produttiva e di lavoro e alti costi di sistema. L'evento prevede la partecipazione di autorevoli relatori.

© Riproduzione riservata

ASP e Ospedali

L'iniziativa

Cirrosi epatica, il 9 maggio seminario formativo all'ospedale Cervello

Incentrato su "Indicatori di rischio e strategie di management", è rivolto a massimo 100 medici di tutte le specializzazioni, anche esterni. Ad organizzarlo è l'U.O.S. "Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale".

 **Tempo di lettura:** 4 minuti



6 Maggio 2023 - di [Redazione](#)

Scarica la guida gratuita

[Vedi Altri](#)

Per ridurre le infezioni urinarie scopri quali sono i fattori di rischio, scarica la guida

Coloplast Italia

[IN SANITAS](#) > ASP E Ospedali

PALERMO. Il 9 maggio, dalle ore 15 alle ore 17.30, si terrà il seminario formativo dal titolo **“Update sulla Cirrosi Epatica. Indicatori di rischio e strategie di management”**. Il corso verrà svolto dalle ore 15,00 alle ore 17,30 presso l'Aula Magna dell'ospedale **“Cervello”** (via Trabucco 180) ed è rivolto ad un numero massimo di 100 medici di tutte le specializzazioni, oltre che interni all'azienda, anche esterni. Il seminario formativo è organizzato dall'U.O.S. “Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale”.



Ripristino Anatomia Perfetta - Diastasi LAP-T Addome Piatto

Lap-T Diastasi | Minimo Discomfort Post Operatorio | Rapido Ritorno Attività Quotidiane
giusepppezzi.com

Responsabile scientifico del corso è il dr. **Giuseppe Malizia** dell'UOC di "Gastroenterologia" dell'azienda ospedaliera palermitana. "La cirrosi epatica – spiega Malizia – rappresenta l'evoluzione di molte malattie croniche del fegato, virali, tossiche o metaboliche ed ha un significativo impatto su qualità di vita e sopravvivenza, specie dopo il passaggio dalla fase compensata a quella scompensata. Purtroppo, nonostante la straordinaria efficacia degli antivirali diretti sulla malattia da virus epatite C, la prevalenza globale della cirrosi è **in incremento**, soprattutto come conseguenza dell'incremento del consumo di alcool e dell'incidenza della steatosi epatica non alcolica (NAFLD – Non Alcoholic Fatty Liver Disease). Su quest'ultima, in particolare, si concentra ormai da anni una grande attenzione. Si tratta di una condizione clinica frequentemente associata alla presenza di **patologie metaboliche**, quali obesità e diabete, con elevato rischio di patologia cardiovascolare. Nell'ambito della NAFLD spicca la steatopatite non alcolica (NASH), condizione clinica dinamica caratterizzata da un rischio più elevato di **progressione** verso la cirrosi epatica ed il carcinoma primitivo del fegato, ma che può **regredire** verso la steatosi isolata, dopo modificazione dello stile di vita, del pattern alimentare, controllo delle patologie metaboliche associate ed, auspicabilmente a breve, intervento farmacologico specifico".

In Italia il quadro epidemiologico stima la prevalenza della NAFLD nella popolazione generale in circa il 25%, con tassi superiori al 50% in popolazioni a rischio quali soggetti obesi e/o diabetici. La prevalenza stimata di danno epatico significativo è di circa il 2%, ma intorno al 13% nei soggetti diabetici. Il rischio di complicanze epatiche nei soggetti con NAFLD, secondo il Global Burden of Disease al 2017 riporta a livello mondiale dal 2012 al 2017 un incremento del 21% dei casi incidenti di tumore epatico e del 7,18% dei casi di cirrosi e in Europa occidentale registra un incremento stimato di incidenza di cancro epatico dell'8.7% e di cirrosi epatica dell'1.2%.

Coloplast Italia

Scarica la guida gratuita

Vedi altro

"La gestione clinica di questi pazienti è – aggiunge Malizia – complessa e richiede un **approccio multidisciplinare** (tra epatologi, internisti, cardiologi, diabetologi, nutrizionisti) che non può prescindere dalla preziosa collaborazione dei medici di famiglia a cui è anche rivolto il seminario, che si propone come obiettivo quello di fungere da stimolo formativo non iperspecialistico". Proprio riguardo all'aspetto della **formazione** in ambito epatologico, una survey condotta dall'EASL (European Association for the Study of the Liver) in 29 differenti Paesi ha rilevato come soltanto in una minoranza di essi siano stati attivati studi epidemiologici ufficiali, programmi strutturati di informazione e di formazione.

"La sfida – conclude Malizia -è oltre a quella di intervenire sugli **stili di vita**, anche quella di avviare una prevenzione mediante **screening** mirati per identificare fra i tanti soggetti con NAFLD quelli con NASH, affinché i pazienti siano indirizzati verso centri specifici".

SAMOT
CURE PALLIATIVE

celebra la
GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

IL TALENTO DEGLI INFERMIERI.
ARTE E SCIENZA IN EVOLUZIONE.

Palermo 12 Maggio 2023

Visita il nostro stand all'interno del "Villaggio della salute"

Zona Marina del Foro italoico (di fronte Hotel NH) ore 10-18



Siamo davanti a un problema ancora sottovalutato nonostante le pesanti ripercussioni sulla qualità di vita di questi pazienti: ansia, depressione, problemi di sonno, che dettano una situazione invalidante con più elevato tasso di perdita di attività produttiva e di lavoro e alti costi di sistema.

L'evento prevede la partecipazione di **autorevoli relatori**; la prof. G. Garcia-Tsao della Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA, che tratterà del tema "Decompensated cirrhosis, AKI and infections: impact of albumin use on the course of the disease", il dr. G. D'Amico della Clinica "La Maddalena" di Palermo, che interverrà su "Cirrosi scompensata: decorso clinico ed indicatori di rischio" ed il prof. S. Gruttadauria dell'Unità Chirurgia Addominale e Trapianti Addominali IRCCS-

MENU

Cerca...



Tag:

CIRROSI EPATICA GIUSEPPE MALIZIA SEMINARIO FORMATIVO VILLA SOFIA- CERVELLO

Contribuisci alla notizia

Invia una foto o un video

Scrivi alla redazione

Altre notizie

CIRROSI EPATICA: SEMINARIO FORMATIVO ALL'AOOR VILLA SOFIA CERVELLO DI PALERMO

Sabato 6 Maggio - 2023 | Di Anna Boccia | Categorie: News Ed Eventi



Il **9 maggio 2023**, dalle ore 15.00 alle ore 17.30, si terrà il seminario formativo dal titolo "Update sulla Cirrosi Epatica. Indicatori di rischio e strategie di management". Il corso verrà svolto dalle ore 15,00 alle ore 17,30 presso l'Aula Magna dell'ospedale "Cervello" (via Trabucco 180) ed è rivolto ad un numero massimo di 100 medici di tutte le specializzazioni, oltre che interni all'azienda, anche esterni. Il seminario formativo è organizzato dall'U.O.S. "Sviluppo Organizzativo e Patrimonio Professionale". Responsabile scientifico del corso è il dr. **Giuseppe Malizia** dell'UOC di "Gastroenterologia" dell'azienda ospedaliera palermitana.

Giuseppe Malizia

*"La cirrosi epatica – spiega **Malizia** – rappresenta l'evoluzione di molte malattie croniche del fegato, virali, tossiche o metaboliche ed ha un significativo impatto su qualità di vita e sopravvivenza, specie dopo il passaggio dalla fase compensata a quella scompensata. Purtroppo, nonostante la straordinaria efficacia degli antivirali diretti sulla malattia da virus epatite C, la prevalenza globale della cirrosi è in incremento, soprattutto come conseguenza dell'incremento del consumo di alcool e dell'incidenza della steatosi epatica non alcolica (NAFLD – Non Alcoholic Fatty Liver Disease). Su quest'ultima, in particolare, si concentra ormai da anni una grande attenzione. Si tratta di una condizione clinica frequentemente associata alla presenza di patologie metaboliche, quali obesità e diabete, con elevato rischio di patologia cardiovascolare. Nell'ambito della NAFLD spicca la steatopatite non alcolica (NASH), condizione clinica dinamica caratterizzata da un rischio più elevato di progressione verso la cirrosi epatica ed il carcinoma primitivo del fegato, ma che può regredire verso la steatosi isolata, dopo modificazione dello stile di vita, del pattern alimentare, controllo delle patologie metaboliche associate ed, auspicabilmente a breve, intervento farmacologico specifico".*

In Italia il quadro epidemiologico stima la prevalenza della NAFLD nella popolazione generale in circa il 25%, con tassi superiori al 50% in popolazioni a rischio quali soggetti obesi e/o diabetici. La prevalenza stimata di danno epatico significativo è di circa il 2%, ma intorno al 13% nei soggetti

diabetici. Il rischio di complicanze epatiche nei soggetti con NAFLD, secondo il Global Burden of Disease al 2017 riporta a livello mondiale dal 2012 al 2017 un incremento del 21% dei casi incidenti di tumore epatico e del 7,18% dei casi di cirrosi e in Europa occidentale registra un incremento stimato di incidenza di cancro epatico dell'8.7% e di cirrosi epatica dell'1.2%.

*“La gestione clinica di questi pazienti è – aggiunge **Malizia** – complessa e richiede un approccio multidisciplinare (tra epatologi, internisti, cardiologi, diabetologi, nutrizionisti) che non può prescindere dalla preziosa collaborazione dei medici di famiglia a cui è anche rivolto il seminario, che si propone come obiettivo quello di fungere da stimolo formativo non iperspecialistico”.*

Proprio riguardo all'aspetto della formazione in ambito epatologico, una survey condotta dall'EASL (European Association for the Study of the Liver) in 29 differenti Paesi ha rilevato come soltanto in una minoranza di essi siano stati attivati studi epidemiologici ufficiali, programmi strutturati di informazione e di formazione.

*“La sfida – conclude **Malizia** – è oltre a quella di intervenire sugli stili di vita, anche quella di avviare una prevenzione mediante screening mirati per identificare fra i tanti soggetti con NAFLD quelli con NASH, affinché i pazienti siano indirizzati verso centri specifici”.*

Siamo davanti a un problema ancora sottovalutato nonostante le pesanti ripercussioni sulla qualità di vita di questi pazienti: ansia, depressione, problemi di sonno, che dettano una situazione invalidante con più elevato tasso di perdita di attività produttiva e di lavoro e alti costi di sistema.

I relatori

L'evento prevede la partecipazione di autorevoli relatori; la prof. G. Garcia-Tsao della Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA, che tratterà del tema “Decompensated cirrhosis, AKI and infections: impact of albumin use on the course of the disease”, il dr. G. D'Amico della Clinica “La Maddalena” di Palermo, che interverrà su “Cirrosi scompensata: decorso clinico ed indicatori di rischio” ed il prof. S. Gruttadauria dell'Unità Chirurgia Addominale e Trapianti Addominali IRCCS-ISMETT UPMC Palermo, che presenterà una relazione sulla “Chirurgia nel paziente cirrotico nel 2023”.

I dati

La spesa per un paziente con cirrosi non ospedalizzato va dai 300 ai 3000 euro, che salgono a 700-800 euro al giorno in caso di ricovero. Nonostante questi numeri, l'attenzione rivolta alla cirrosi è ancora scarsa (Fonte Camerae Sanitatis, format editoriale multimediale nato dalla collaborazione tra l'Intergruppo parlamentare Scienza & Salute e SICS editore). La correlazione tra la NAFLD ed il rischio di sviluppare fibrosi epatica avanzata – maggiore fattore di complicanze epatiche e di insorgenza di epatocarcinoma e scompenso epatico – attesta come il rischio di morte per cause correlate alla malattia di fegato sia elevato. Secondo l'European Liver Transplant Registry su 60.527 pazienti sottoposti a trapianto epatico, di cui il 28.3% per epatocarcinoma, il tasso di trapianti per epatocarcinoma secondario a NAFLD osservato era aumentato di circa 3 volte ovvero dallo 0.3% del 2007 all'1.1% del 2017.

Le stime del Global Burden of Diseases prevedono un incremento del numero di decessi per carcinoma epatico e per cirrosi epatica rispettivamente del 100% e del 50% nel 2040. Il report (al 2016) aggiunge che nel mondo, sono decedute 828.940 persone per epatocarcinoma e 1.256.850 persone per cirrosi epatica. Sono oltre 100.000 i pazienti con cirrosi e malattia avanzata già curati dall'epatite C, ma ancora a rischio di sviluppare un tumore del fegato, inoltre, ci sono almeno altri 100.000 casi correlati ad altre patologie come alcool, obesità, epatite B, ecc.

La Regione Siciliana ha istituito la Rete Epatologica Sicilia che riunisce figure multidisciplinari per la gestione delle malattie del fegato e che include registri web-based per Epatite C, Epatite B, NAFLD/NASH, Colangite Biliare Primitiva e Carcinoma Primitivo del Fegato.

Related Posts:

Nuova carta acquisti per fare la spesa: a chi spetta e come funziona

La misura fa parte del fondo da mezzo miliardo previsto dalla legge di bilancio 2023 del governo Meloni per i più indigenti. Al nuovo strumento per acquistare beni alimentari di prima necessità non avranno diritto le famiglie con reddito di cittadinanza



Redazione

08 maggio 2023 07:18



Arriva a breve la carta acquisti destinata alle famiglie più bisognose per fare la spesa. Al nuovo strumento per acquistare beni alimentari di prima necessità non avranno diritto le famiglie con percettori di reddito di cittadinanza.

Il decreto è stato firmato dai ministri dell'agricoltura e della sovranità alimentare e delle foreste (Masaf) e dell'economia, dovrebbe diventare in tutto e per tutto operativo a partire da luglio 2023. La misura fa parte di quel fondo da mezzo miliardo previsto dalla legge di bilancio 2023 per i più indigenti.

La nuova carta acquisti per fare la spesa

A chi spetta la nuova carta acquisti? I destinatari saranno residenti in Italia che abbiano tutti i componenti del nucleo familiare iscritti all'anagrafe della popolazione residente. L'Isee non deve essere superiore a 15mila euro. In soldoni, sarà una Postepay prepagata: in molti resteranno esclusi, perché non spetterà a famiglie con titolari di reddito di cittadinanza, reddito di inclusione o qualsiasi altra misura di inclusione sociale o sostegno alla povertà. Non è tutto.

Il decreto attuativo specifica che vengono esclusi anche i nuclei familiari nei quali almeno un componente sia percettore di Naspi, indennità mensile di disoccupazione per i collaboratori (Dis coll), indennità di mobilità, fondi di solidarietà per l'integrazione del reddito, Cassa integrazione guadagni (Cig); ogni altra forma di integrazione salariale, o di sostegno nel caso di disoccupazione involontaria, erogata dallo Stato.

Una platea dunque limitata, così come ci sono limiti stringenti su ciò che si può e non si può comprare con la carta acquisti: nessun tipo di bevanda alcolica, ad esempio. Sarà utilizzabile in qualsiasi negozio che vende alimentari, ma gli esercizi commerciali dovranno stipulare una convenzione tramite domanda telematica col ministero.

Quanti soldi?

Nel decreto è fissato un tetto massimo di 382,5 euro per nucleo. Per l'assegnazione del beneficio, i comuni riceveranno l'elenco dei nomi messo a disposizione dell'Inps sulla base di tre parametri di priorità. I comuni saranno quindi chiamati a verificare la posizione anagrafica dei nuclei e potranno poi selezionare le famiglie o i singoli in effettivo stato di bisogno, anche sulla base di ulteriori informazioni dei servizi sociali. La tessera dovrà essere ritirata presso gli uffici postali.

Le carte acquisti complessive potranno essere al massimo 1,3 milioni. Le carte acquisti saranno nominative e operative da luglio 2023. Chi non farà i primi acquisti entro il 15 settembre decadrà dal beneficio, che in quel caso sarà assegnato ad altri nuclei bisognosi.

fonte Today.it

CRONACA PARTANNA-MONDELLO / PIAZZA MONDELLO

Terminati i lavori di restyling: dopo due anni e mezzo riapre il pontile di Mondello

Nel novembre del 2021 era stato chiuso e messo sotto sequestro dalla Capitaneria di porto perché poco sicuro. Installate basole in travertino, doghe in teak, ringhiere in acciaio inossidabile e ceramiche artistiche. Domani il taglio del nastro alla presenza del presidente della Regione e del sindaco

**Redazione**

08 maggio 2023 09:02



Il pontile Mondello restaurato - foto Facebook di Vincenzo Raccampo Piccolone

Sarà inaugurato domani pomeriggio alle ore 19 il pontile di Mondello chiuso ormai da circa due anni e mezzo. Sono terminati i lavori per la riqualificazione e manutenzione straordinaria durati circa un anno, la struttura verrà riaperta al pubblico dopo il taglio del nastro da parte del presidente della Regione Renato Schifani, il sindaco Roberto Lagalla, l'assessore alle Attività Produttive della Regione Edy Tamajo e l'assessore alle Infrastrutture della Regione Alessandro Aricò.

Era il novembre del 2021 **quando il pontile era stato dichiarato insicuro e posto sotto sequestro dalla Capitaneria di porto** che, in quell'occasione, aveva richiesto un immediato intervento di manutenzione e messa in sicurezza della struttura. L'intervento ha consentito una riqualificazione estetica attraverso, tra l'altro, l'installazione di basole in travertino, doghe in teak, ringhiere in acciaio inossidabile e ceramiche artistiche.

“Dopo 50 anni - afferma Tamajo - attraverso la messa in sicurezza e il restyling del pontile abbiamo ridato la dignità che merita alla borgata marinara di Mondello. Stiamo restituendo un luogo importante, sia ai palermitani che alle migliaia di turisti che visitano la nostra splendida città, dando a tutti la possibilità di ammirare in sicurezza lo splendido panorama del golfo di Mondello”.

Giovedì 04 MAGGIO 2023

Ok dalla Giunta a circa un miliardo di fondi statali e regionali per quattro nuovi ospedali

Il piano approvato, ora al vaglio del Ministero della Salute, prevede: 364 milioni per la realizzazione del nuovo ospedale Civico di Palermo; 348 milioni per il nuovo Policlinico del capoluogo siciliano e 240 milioni per la costruzione del nuovo polo onco-ematologico Palermo-Nord. Infine, ulteriori sei milioni di euro, in aggiunta ai 20 già precedentemente assegnati, serviranno per far fronte all'adeguamento strutturale, impiantistico e architettonico dell'ospedale Ingrassia.

Dopo il via libera al Polo pediatrico, arriva dalla Regione Siciliana l'ok anche alla costruzione di tre nuovi ospedali a Palermo, oltre alla riqualificazione e alla rifunzionalizzazione del presidio ospedaliero Ingrassia di corso Calatafimi.

La giunta regionale ha deliberato la riprogrammazione delle risorse previste dal Programma straordinario di interventi finanziato con fondi statali del Cipe e cofinanziato con risorse regionali. Il totale degli investimenti ammonta a 958 milioni di euro.

Nello specifico, il piano, che sarà valutato adesso dal ministero della Salute, prevede: 364 milioni per la realizzazione del nuovo ospedale Civico di Palermo; 348 milioni per il nuovo Policlinico del capoluogo siciliano e 240 milioni per la costruzione del nuovo polo onco-ematologico Palermo-Nord. Infine, ulteriori sei milioni di euro, in aggiunta ai 20 già precedentemente assegnati, serviranno per far fronte all'adeguamento strutturale, impiantistico e architettonico dell'ospedale Ingrassia.

La giunta ha dato, inoltre, mandato all'assessore regionale alla Salute di programmare la spesa di 22 milioni di euro per l'efficientamento energetico del Policlinico di Messina, relativamente a sale operatorie e reparti ad alto consumo di energia. Fondi che si aggiungeranno ai 34 milioni già assegnati per interventi di manutenzione straordinaria.

La riprogrammazione approvata dal governo regionale, spiega una nota della Regione, consentirà la creazione di centri di alta specialità, con ricadute positive in termini di miglioramento della qualità assistenziale, anche in relazione all'esperienza maturata durante la gestione dell'emergenza sanitaria legata al Covid-19. Le nuove realtà, infatti, oltre ad essere realizzate nell'ottica dell'efficientamento energetico e nel rispetto delle norme a tutela dell'ambiente e del paesaggio, saranno dotate di tutto quanto necessario per affrontare eventuali nuove ondate pandemiche.

La Giunta ha inoltre approvato il conferimento dell'incarico di dirigente generale del dipartimento regionale per la Pianificazione strategica dell'assessorato della Salute a **Salvatore Iacolino**, già commissario straordinario del Policlinico di Palermo.

L'OPERAZIONE

Emergenza migranti, avviato piano di evacuazione dell'hotspot di Lampedusa

Sbarchi a raffica: questo pomeriggio le presenze erano 1.694 a fronte di poco meno di 400 posti

Di **Redazione** | 07 Maggio 2023

L'hotspot di Lampedusa nuovamente al collasso ha costretto le autorità italiane ad avviare il piano di evacuazione dei migranti dalla struttura di contrada Imbriacola. L'operazione ha quindi preso il via sotto il coordinamento del Commissario per l'emergenza immigrazione Valerio Valenti, del prefetto di Agrigento e con il supporto della Difesa, della Guardia di finanza e della Capitaneria di porto.

Il trasferimento dei migranti avverrà tenuto conto dei tempi necessari per lo svolgimento delle procedure di identificazione e di prima assistenza sanitaria.

Questo pomeriggio le presenze erano 1.694 a fronte di poco meno di 400 posti.

Il fronte libico

Negli ultimi giorni gli sbarchi si sono intensificati soprattutto a causa della riapertura del fronte libico. Le prime avvisaglie del fatto che anche il fronte dalla Libia delle partenze illegali si fosse riaperto si erano avute lo scorso 28 aprile, quando con tre barconi sono giunti in 256. Ieri la conferma. E non soltanto perché i migranti soccorsi hanno dichiarato di essere partiti dalla Libia, ma anche per il tipo di natante usato per le traversate. Se dalla Tunisia i migranti salpano con un piccoli barchini di metallo (6 o 7 metri) elettrosaldato che faticano a stare a galla, e su ogni natante vengono imbarcati al massimo una cinquantina di persone, dalla Libia si parte con barconi di legno di almeno 10 o 12 metri sui quali vengono sistemati, come dimostrato dagli sbarchi di ieri, fino ad un massimo di 130 persone. Cambiano inoltre le nazionalità: dalla Libia partono più egiziani, marocchini, siriani, etiopi e palestinesi. Dalla Tunisia invece salpano più persone originarie di Costa d'Avorio, Ghana, Gambia, Mali e Sudan.

Le priorità

Una delle priorità cui il prefetto Valenti ha lavorato in queste prime settimane da commissario è stato proprio quello di mettere a punto un dispositivo che consenta di svuotare l'hotspot dell'isola nei momenti di picco degli sbarchi, che coincidono frequentemente con il weekend, come avvenuto in queste ore.

L'obiettivo è quello di evitare che la struttura venga travolta dagli arrivi determinando condizioni di invivibilità per gli ospiti, che oggi come detto hanno sfiorato quota 1.700.

Il piano prevede il coinvolgimento di mezzi di Guardia costiera, Guardia di finanza, Marina Militare ed Aeronautica, oltre ai traghetti di linea, per organizzare nel modo più rapido possibile i trasferimenti verso la terraferma, evitando così l'intasamento dell'hotspot.

Si punta ad una «soluzione strutturale» per Lampedusa con l'attivazione di quasi mille nuovi posti di primissima accoglienza per ridurre la pressione migratoria sull'isola che si prepara alla stagione turistica estiva.