



Rassegna Stampa 19 maggio 2023

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

Una delle novità del dl bollette approvato ieri dalla camera. Ora va al senato

La polizia a tutela dei medici

Presidi negli ospedali per la sicurezza del personale

pagina a cura

DI GIULIA PROVINO

Presidi fissi della polizia negli ospedali pubblici, a tutela dell'ordine e sicurezza pubblica e per garantire l'incolumità del personale. È una delle novità apportate al decreto Bollette (dl n. 34/2023) dalle Commissioni Finanze e Affari sociali della Camera.

Tra le tante novità in tema di sanità, è prevista una maggiore tutela negli ospedali con la possibilità di istituire una postazione fissa per Polizia di Stato negli ospedali pubblici, a tutela dell'ordine e sicurezza pubblica e per garantire l'incolumità del personale.

Dal punto di vista fiscale, invece, dopo la riapertura dei termini per la definizione agevolata delle controversie tributarie, dal 30 giugno al 30 settembre 2023, attraverso la presentazione della domanda e il pagamento dei dovuti importi, sono stati rimodulati i termini per il versamento rateale del quantum dovuto. A scelta del contribuente, le rate successive alle prime tre rate (in scadenza rispettivamente entro il 30 settembre 2023, il 31 ottobre 2023 e il 20 dicembre 2023) possono essere versate in un massimo di 51 rate mensili di pari importo, con scadenza entro l'ultimo giorno lavorativo di ciascun mese, a partire da gennaio 2024, fatta eccezione per il mese di dicembre di ciascun anno, per il quale la scadenza del termine di versamento resta ferma al giorno 20 del mese. Di conseguenza, si posticipano dal 30 giugno al 30 settembre 2023 il termine per presentare la domanda e versare la prima rata, così perfezionando la definizione agevolata in caso di versamenti rateali. Inoltre, è consentito agli enti territoriali di applicare lo stralcio dei debiti fino a mille euro e la rottamazione-quater. Peraltro, è stato autorizzato il cumulo tra agevolazione fiscale per interventi di risparmio energetico (di recupero del patrimonio edilizio e di riqualificazione energetica; di efficienza energetica; quelli rientranti nell'ecobonus) e contributo regionale (o delle province autonome di Trento e Bolzano), se le norme che regolano quest'ultimo lo consentono. La somma dei due benefici non deve superare il 100% della spesa ammissibile all'agevolazione o al contributo, dunque la parte di spesa per la quale è già stato concesso un contributo da Regioni e province autonome, a condizione che la normativa relativa allo stesso contributo lo consenta

Le novità al decreto Bollette introdotte in Commissione

Nuovi piani di rateizzazione per la definizione agevolata delle controversie tributarie	Sono rimodulati i termini per il versamento rateale del quantum dovuto, attraverso piani di pagamento allungati. A scelta del contribuente, è possibile spalmare su un orizzonte temporale più ampio le rate successive alle prime tre (in scadenza rispettivamente entro il 30 settembre 2023, il 31 ottobre 2023 e il 20 dicembre 2023), in un massimo di cinquantuno rate mensili di pari importo, con scadenza entro l'ultimo giorno lavorativo di ciascun mese, a partire da gennaio 2024, fatta eccezione per il mese di dicembre di ciascun anno, per il quale la scadenza del termine di versamento resta ferma al giorno 20 del mese
Rottamazione quater e lo stralcio fino a 1.000 euro per i Comuni	Consentito agli enti territoriali di applicare lo stralcio dei debiti fino a mille euro e la definizione agevolata dei carichi affidati all'agente della riscossione (cd. rottamazione-quater)
Fotovoltaico sui tetti delle strutture turistiche	Realizzabili, fino al 30 giugno 2024, previa dichiarazione di inizio lavori asseverata nelle strutture turistiche o termali anche gli impianti fotovoltaici con moduli collocati su coperture piane o falde, di potenza fino a 1 MW per l'autoconsumo
Credito d'imposta alle start-up operanti nei settori dell'ambiente, delle energie rinnovabili e della sanità	Riconosciuto un credito d'imposta, fino ad un importo massimo di 200.000 euro, in misura non superiore al 20% della spesa sostenuta per attività di ricerca e sviluppo volta alla creazione di soluzioni innovative per la realizzazione di strumentazioni e servizi tecnologici avanzati al fine di garantire la sostenibilità ambientale e la riduzione dei consumi energetici
Garanzia Ismea a Pmi per impianti rinnovabili	I nuovi finanziamenti concessi a Pmi agricole e della pesca e destinati alla realizzazione di impianti per la produzione di energia rinnovabile possono accedere alla garanzia diretta rilasciata dall'Istituto di servizi per il mercato agricolo alimentare (Ismea)
Cumulo tra agevolazioni per risparmio energetico e contributo regionale	Autorizzato il cumulo tra agevolazione fiscale per interventi di risparmio energetico: di recupero del patrimonio edilizio e di riqualificazione energetica; di efficienza energetica; quelli rientranti nell'ecobonus e contributo regionale (o delle province autonome di Trento e Bolzano), se le norme che regolano quest'ultimo lo consentono
Sport vs caro-bollette	In arrivo 10 milioni di euro per l'erogazione di contributi a fondo perduto per le associazioni e società sportive dilettantistiche, che gestiscono impianti sportivi e piscine, per fronteggiare il caro-bollette
Aiuti ai piccoli Comuni a rischio spopolamento	Rifinanziato con 9 milioni, per il 2023, il fondo in favore dei comuni delle regioni a statuto ordinario, della Regione siciliana e della Regione Sardegna con popolazione inferiore a 5 mila abitanti
Contributo per comuni in predissesto	Stanziate 1,5 milioni di euro per l'anno 2023 a favore dei comuni con popolazione da 25 mila a 35 mila abitanti in condizioni di predissesto
Payback sanitario ridotto	Le industrie fornitrici di dispositivi medici che nell'ambito del payback sanitario non hanno attivato contenziosi, possono estinguere il pagamento dovuto per gli anni 2015-2018 con l'integrale e tempestiva corresponsione della quota ridotta del payback
Iva su payback dispositivi medici	Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno l'obbligo di comunicare alle aziende fornitrici di dispositivi medici l'ammontare dell'Iva sull'importo oggetto di versamento, computando l'Iva sulla base delle fatture emesse dalle stesse aziende nei confronti del Servizio sanitario nazionale e considerando le diverse aliquote dell'Iva applicabili ai beni acquistati
Medici gettonisti	Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale potranno procedere alle esternalizzazioni per l'affidamento a terzi di servizi medici ed infermieristici anche prorogando contratti in corso di esecuzione e per tutte le specialistiche solo per un periodo non superiore a dodici mesi
Concorsi per gli odontoiatri senza specializzazione	Abolito per i laureati in odontoiatria e protesi dentaria e per i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione di odontoiatra, il requisito della specializzazione ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e ai fini dell'accesso alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale. Inoltre, è consentito agli odontoiatri di esercitare alcune specifiche attività di medicina estetica non invasiva o mininvasiva
Massofisioterapista negli elenchi speciali	Potranno iscriversi negli elenchi speciali ad esaurimento istituiti presso gli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, coloro che, sulla base di corsi triennali attivati entro il 31 dicembre 2018, abbiano conseguito il titolo di massofisioterapista, anche se abbiano svolto un'attività professionale per un periodo inferiore a 36 mesi.
Presidi fissi della Polizia di Stato presso le strutture ospedaliere pubbliche	Negli ospedali pubblici o convenzionati, purché dotati di un servizio di emergenza-urgenza, può essere costituito un posto fisso della Polizia di Stato, in considerazione del bacino di utenza e del livello di rischio della struttura, a tutela dell'ordine e sicurezza pubblica nonché per garantire l'incolumità del personale ivi operante
Assunzioni medici nel Terzo settore	È consentito alle strutture del Terzo settore, fino al 31 dicembre 2025, di assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, con orario a tempo parziale coloro che, a partire dal terzo anno del corso di formazione specialistica (medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi), regolarmente iscritti, siano utilmente collocati nella graduatoria separata in esito alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita
Accordi tra regioni e università per lavoro in aziende sanitarie	Gli accordi tra le regioni o le province autonome e le università per la definizione, per i soggetti interessati dai rapporti di lavoro a tempo determinato, delle modalità di svolgimento della formazione specialistica - la quale prosegue a tempo parziale - e delle attività formative (teoriche e pratiche), devono adottati entro novanta giorni dalla richiesta dei soggetti interessati
Stabilizzazione personale del Ssn	Estesa al personale tecnico e professionale reclutato dagli enti del Ssn la disciplina transitoria in tema di stabilizzazione
Monitoraggio abolizione del vincolo di esclusività per il personale infermieristico e le ostetriche	Il Ministero della salute deve effettuare periodicamente, e comunque almeno ogni due anni, un monitoraggio sull'attuazione della disciplina transitoria di abolizione del vincolo di esclusività per il personale infermieristico e le ostetriche, con un monitoraggio annuale delle autorizzazioni concesse, dei tassi di assenza e dei permessi fruiti dal personale autorizzato
Personale dei servizi di emergenza-urgenza ai concorsi per dirigenti	AmMESSO a partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza sanitaria del settore, anche se privo del relativo diploma di specializzazione, il personale sanitario medico dei servizi di emergenza-urgenza fino al 31 dicembre 2025, che ha maturato tra il 1° gennaio 2013 e il 30 giugno 2023 almeno tre anni di servizio anche non continuativo presso i servizi di emergenza-urgenza
Indennità per medici e infermieri dei servizi di emergenza-urgenza	Aumento della tariffa oraria fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, per il personale medico, e a 50 euro lordi onnicomprensivi per il personale infermieristico
Istituto di Ricerche Tecnopolitico Mediterraneo per lo Sviluppo Sostenibile	Riconosciuto un contributo di 3 milioni di euro per l'anno 2023 in favore della fondazione «Istituto di Ricerche Tecnopolitico Mediterraneo per lo Sviluppo Sostenibile»

10 ONLINE Il testo del provvedimento su www.italiaoggi.it/documenti-italiaoggi

Decreto bollette 2023 convertito in legge: tutte le novità e Testo

Cosa prevede il Decreto bollette 2023 convertito in Legge dopo l'approvazione in Parlamento, ecco la spiegazione chiara e dettagliata delle novità introdotte

19 Maggio 2023, 08:40



Montecitorio, camera deputati, parlamento, decreto

Approvato alla Camera il **Decreto bollette 2023 convertito in Legge**, ossia il provvedimento che prevede sconti, agevolazioni e importanti novità per famiglie e imprese.

Il Decreto, che stanZIA circa **4,9 miliardi di euro**, è intervenuto rafforzando il bonus sociale elettrico e gas, riducendo l'IVA per determinati settori e con nuove disposizioni in materia di sanità, PMI e fisco.

In questo articolo dettagliato **vi spieghiamo quali sono le novità** introdotte dal Decreto bollette 2023 convertito in Legge, quali misure sono state **confermate** e mettiamo a disposizione il **testo** da consultare e scaricare.

Indice:



- **COSA PREVEDE IL DECRETO BOLLETTE 2023 CONVERTITO IN LEGGE**
- 1) **VIA AL BONUS START UP GREEN**
- 2) **OK ALLA STABILIZZAZIONE PERSONALE TECNICO SANITÀ**
- 3) **NUOVE REGOLE SU CONCORSI ODONTOIATRIA**

- 4) RINCARO ENERGIA, OK A BONUS IMPIANTI SPORTIVI
- 5) ARRIVA IL PRESIDIO DI POLIZIA IN OSPEDALE
- 6) FOTOVOLTAICO SEMPLIFICATO PER IMPRESE TURISTICHE
- 7) SÌ ALLA ROTTAMAZIONE QUATER PER LE REGIONI
- 8) GARANZIE SU CREDITI A PMI PESCA E AGRICOLTURA
- 9) SI AMPLIA L'ELENCO SPECIALE OPERATORI DI INTERESSE SANITARIO
- 10) NUOVI AIUTI AI COMUNI IN PRE DISSESTO
- 11) CONTRIBUTO AL TECNOPOLO MEDITERRANEO
- TUTTE LE ALTRE MISURE CONFERMATE
- 12) AGGIORNAMENTO TRIMESTRALE DEI BONUS
- 13) IVA AL 5% PER IL GAS E ZERO ONERI
- 14) PROROGA BONUS SOCIALE ESTESO LUCE E GAS
- 15) ARRIVA IL BONUS FAMIGLIE CONTRO IL CARO GAS
- 16) RIDOTTI I BONUS ENERGIA IMPRESE 2023
- 17) AGEVOLAZIONE IMPRESE AGRICOLE
- 18) AIUTI PER LIMITARE IMPATTO PAYBACK DISPOSITIVI MEDICI
- 19) AIUTI PER IL SETTORE SANITÀ
- 20) ARRIVA L'INDENNITÀ EXTRA PER IL PERSONALE SANITARIO
- 21) NUOVE REGOLE DI ACCESSO PER LA MEDICINA D'URGENZA
- 22) PROROGHE IN MATERIA FISCALE
- 23) NUOVE REGOLE SUL FISCO
- 24) ARRIVA IL CONDONO PER I REATI TRIBUTARI
- 25) INCREMENTI AL FONDO PROCESSI DI PACE E STABILIZZAZIONE
- 26) ARRIVA IL FONDO PER LE VITTIME DELL'AMIANTO
- IL TESTO DEL DECRETO BOLLETTE 2023 CONVERTITO IN LEGGE

COSA PREVEDE IL DECRETO BOLLETTE 2023 CONVERTITO IN LEGGE

E' stato approvato alla Camera ed è diretto al Senato per la conferma dopo il voto "blindato" di fiducia, il testo del [Decreto Legge 30 marzo 2023 n.34](#) in conversione, ossia il **Decreto bollette 2023 convertito in Legge**. In [questo approfondimento](#), vi avevamo spiegato tutte le misure del Decreto contro il caro Bollette 2023 approvato dal Governo. La Camera dei Deputati ha introdotto **una serie di modifiche con emendamenti** su garanzie per le PMI, sconti in bolletta, aiuti per lo sport e per le start up. Nel corso dell'esame è saltata la **stabilizzazione dei ricercatori sanitari di IRCSS pubblici e IZS** inizialmente inserita in un emendamento.

Dopo il voto della Camera, il testo approderà al Senato prima di diventare legge a tutti gli effetti. *Fino a quella data, potrebbero subentrare delle piccole modifiche su cui vi terremo informati.* Vediamo intanto, **quali sono le novità introdotte** dalla Camera nel Decreto bollette 2023 convertito in Legge.

1) VIA AL BONUS START UP GREEN

L'*articolo 7-quater* del Decreto bollette 2023 convertito in Legge riconosce il bonus Start Up green. Si tratta di un **credito d'imposta** alle Start Up operanti nei settori dell'ambiente, delle energie rinnovabili e della sanità. Vale per le spese sostenute in attività di ricerca volte a garantire la sostenibilità ambientale e la riduzione dei consumi energetici.

2) OK ALLA STABILIZZAZIONE PERSONALE TECNICO SANITÀ

Il testo in conversione estende al personale tecnico e professionale reclutato dagli Enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), una disciplina transitoria in tema di **stabilizzazione**. È la stessa prevista dal **Decreto Milleproroghe convertito in Legge 2023** per il personale dirigenziale e non dirigenziale sanitario, socio-sanitario e amministrativo reclutato dagli enti del Servizio sanitario nazionale. La stabilizzazione si attua:

- previo espletamento di apposita **procedura selettiva**;
- in coerenza con il **piano triennale dei fabbisogni di personale**.

3) NUOVE REGOLE SU CONCORSI ODONTOIATRIA

Il Decreto bollette 2023 convertito in Legge cambia l'accesso ai concorsi per alcune categorie sanitarie. Ossia, abolisce, per i **laureati in odontoiatria e protesi dentaria** o per i **laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione di odontoiatra**, il requisito della specializzazione per:

- la partecipazione ai **concorsi pubblici** per dirigente medico odontoiatra;
- l'**accesso alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale** del Servizio sanitario nazionale.

La norma, inoltre:

- consente agli odontoiatri di esercitare alcune **specifiche attività di medicina estetica** non invasiva o mininvasiva;

- abroga la disposizione che attualmente preclude, salvo alcune eccezioni, la contemporanea iscrizione all'**Albo di odontoiatra e ad altro Albo professionale**.

4) RINCARO ENERGIA, OK A BONUS IMPIANTI SPORTIVI

L'*articolo 4-bis* del Decreto bollette 2023 convertito in Legge incrementa di 10 milioni di euro, per il 2023, il "**Fondo unico a sostegno del potenziamento del movimento sportivo italiano**". I fondi extra serviranno all'erogazione di contributi a fondo perduto per le associazioni e società sportive dilettantistiche, che gestiscono impianti sportivi e piscine, nonché per ulteriori Enti. L'aiuto arriva per fronteggiare l'aumento dei costi dell'energia termica ed elettrica, portando le risorse a ciò dedicate, per il corrente anno, da 25 a 35 milioni di euro.

5) ARRIVA IL PRESIDIO DI POLIZIA IN OSPEDALE

Il comma 1-bis dell'articolo 16 del Decreto bollette 2023 convertito in Legge prevede la possibilità di istituire **presidi fissi della Polizia di Stato presso le strutture ospedaliere** pubbliche e convenzionate dotate di un servizio di emergenza-urgenza. Si tratta di una misura a tutela dell'ordine e sicurezza pubblica, nonché atta a garantire l'incolumità del personale lì operante.

6) FOTOVOLTAICO SEMPLIFICATO PER IMPRESE TURISTICHE

Il Decreto bollette 2023 convertito in Legge prevede che, fino al 30 giugno 2024, siano realizzabili (previa dichiarazione di inizio lavori asseverata) nelle **strutture turistiche o termali** anche gli impianti fotovoltaici con moduli collocati su coperture piane o falde, di potenza fino a 1 MW per l'autoconsumo.

Nei centri storici o in aree a tutela paesaggistica, si richiede l'attestazione che non siano visibili dagli spazi esterni e che i manti delle coperture non siano realizzati con prodotti che hanno l'aspetto dei materiali della tradizione locale.

7) SÌ ALLA ROTTAMAZIONE QUATER PER LE REGIONI

Il Decreto in conversione introduce una specifica disciplina che consente agli Enti territoriali, ove si avvalgano della riscossione diretta delle proprie entrate o affidino tale servizio a soggetti privati, di applicare le misure della **[tregua fiscale 2023](#)**. Parliamo di quelli introdotti dalla Legge di Bilancio 2023, cioè:

- **lo stralcio dei debiti fino a 1.000 euro**, che vi spieghiamo in **[questo focus](#)**;
- **la definizione agevolata** dei carichi affidati all'Agente della Riscossione (la cosiddetta **[rottamazione quater](#)**).

8) GARANZIE SU CREDITI A PMI PESCA E AGRICOLTURA

Il testo emendato del Decreto bollette 2023 convertito in Legge prevede che i **nuovi finanziamenti concessi a PMI agricole e della pesca** (a titolo gratuito e con copertura fino al 100 per cento nel limite di euro 250.000), destinati alla realizzazione di impianti per la produzione di energia rinnovabile siano ammissibili alla garanzia diretta rilasciata dall'Istituto di servizi per il mercato agricolo alimentare (**ISMEA**). La garanzia vale solo, nel rispetto di specifiche condizioni, tra le quali la previa autorizzazione della Commissione europea.

9) SI AMPLIA L'ELENCO SPECIALE OPERATORI DI INTERESSE SANITARIO

Il Decreto in conversione fa fronte alla grave carenza di operatori di interesse sanitario in tutto il territorio nazionale, sia in ambito pubblico sia in ambito privato, con particolare riferimento al settore della **medicina sportiva**. Viene prevista, perciò, una nuova possibilità di inserimento nell'elenco speciale ad esaurimento dei **massofisioterapisti**. L'iscrizione è riservata a quanti abbiano conseguito il titolo di massofisioterapista sulla base di **corsi triennali attivati entro il 31 dicembre 2018**.

10) NUOVI AIUTI AI COMUNI IN PRE DISSESTO

L'*articolo 2, comma 5-bis* del Decreto bollette 2023 convertito in Legge, inserito nel corso dell'esame parlamentare, stanZIA 1,5 milioni di euro per l'anno 2023 a favore dei Comuni **con popolazione da 25.000 a 35.000 abitanti**. L'aiuto vale per gli Enti che hanno avviato la

procedura di riequilibrio finanziario, con il relativo piano approvato dalla Corte dei conti nel 2015 per l'anno di inizio 2014 e con durata fino all'anno 2023, a copertura dei maggiori oneri derivanti dall'incremento della spesa per energia elettrica e gas.

11) CONTRIBUTO AL TECNOPOLO MEDITERRANEO

Al fine di assicurare l'operatività della fondazione "Istituto di Ricerche Tecnopolo Mediterraneo per lo Sviluppo Sostenibile", è concesso un contributo pari a **3 milioni di euro per l'anno 2023** in favore del medesimo Istituto.

TUTTE LE ALTRE MISURE CONFERMATE

Di seguito presentiamo le misure già previste nel [decreto contro il caro bollette approvato dal Governo](#) e che non sono state cancellate in fase di conversione e, quindi, restano valide.

Tuttavia alcune misure sono state modificate, ecco quindi tutte quelle che restano in vigore **con le novità introdotte**.

12) AGGIORNAMENTO TRIMESTRALE DEI BONUS

Arriva una novità inerente l'**organizzazione generale** dei bonus energia. Il testo stabilisce che le misure a sostegno di famiglie e imprese contro il caro energia siano decise **su base**

trimestrale tenendo conto sia dell'andamento dei prezzi dell'energia, sia dell'obiettivo di favorire il risparmio energetico.

13) IVA AL 5% PER IL GAS E ZERO ONERI

Per il gas, il Decreto prevede la conferma nel prossimo trimestre (ovvero dal 1° aprile e fino al 30 giugno 2023) della **riduzione dell'IVA al 5% e l'azzeramento degli oneri di sistema**. Come vi spieghiamo in [questa guida](#), la misura sarebbe scaduta il 31 marzo 2023.

Prorogata anche l'aliquota IVA ridotta al 5% per il teleriscaldamento (ricordiamo a tal proposito il **bonus teleriscaldamento**) e per l'energia prodotta con il gas metano. In considerazione della riduzione dei prezzi del gas naturale all'ingrosso il **contributo introdotto a favore dei consumatori fino a 5.000 metri cubi** è confermato solo per il mese di aprile (fino al 30 aprile) e sarà riconosciuta in misura ridotta (pari al 35% del valore applicato nel trimestre precedente).

14) PROROGA BONUS SOCIALE ESTESO LUCE E GAS

A sostegno delle famiglie è stato prorogato fino al 30 giugno 2023 il **bonus sociale bollette**. Parliamo cioè dello sconto sulle bollette di luce e gas per le famiglie con ISEE fino a 15.000 euro, esteso dalla **Legge di Bilancio 2023** che aveva innalzato la soglia ISEE da 12 a 15.000 euro fino al 31 marzo 2023, come vi spieghiamo in [questo focus](#). Il Governo ha ora previsto la proroga del bonus potenziato per altri 3 mesi sino fine giugno 2023. Il comma 2 prevede che, dal secondo trimestre 2023 e fino al 31 dicembre 2023, le agevolazioni relative alle tariffe per i nuclei familiari con almeno 4 figli a carico vengano rideterminate sulla base dell'**ISEE pari a 30.000 euro** valido per il 2023 (a fronte della previsione attuale di un ISEE non superiore a 20.000 euro) nel limite di 5 milioni di euro.

15) ARRIVA IL BONUS FAMIGLIE CONTRO IL CARO GAS

Una delle novità più significative introdotte dal Decreto è il nuovo **bonus famiglie contro il caro energia**. Si tratta di un nuovo meccanismo per incentivare il risparmio energetico per tutti i cittadini virtuosi, senza limiti di reddito, che a partire **dal prossimo 1° ottobre** e fino al 31 dicembre 2023 avranno un **contributo a compensazione** delle spese di riscaldamento a

seconda di quanto risparmiarono in consumi. I criteri per l'assegnazione verranno definiti con *Decreto del Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica*, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, su cui vi aggiorneremo. Inoltre, **l'ARERA** determinerà le modalità applicative e la misura del contributo che verrà erogato, in quota fissa e differenziato in base alle zone climatiche. Per maggiori informazioni, vi consigliamo di leggere [questa guida](#).

16) RIDOTTI I BONUS ENERGIA IMPRESE 2023

Le imprese potranno continuare a beneficiare **fino al 30 giugno 2023** (la scadenza era fissata al 31 marzo) dei crediti d'imposta ma in misura ridotta rispetto al 40% e al 45% del primo trimestre, come vi spieghiamo in [questo focus](#). La proroga con la riduzione vale se nel primo trimestre del 2023 le imprese hanno registrato un incremento del prezzo delle bollette di luce e gas superiore al 30% rispetto al primo trimestre del 2019. In particolare, il Decreto prevede che:

- **alle imprese a forte consumo di energia elettrica**, il bonus è riconosciuto come credito di imposta in percentuale pari al 20% (al posto del 45%) delle spese sostenute per la componente energetica nel secondo trimestre 2023 (anche nel caso di energia elettrica prodotta e autoconsumata);

- **alle imprese dotate di contatori di energia elettrica di potenza disponibile pari o superiore a 4,5 kW**, diverse dalle imprese a forte consumo di energia elettrica, il bonus è riconosciuto al 10% (al posto del 35%) della spesa sostenuta per l'acquisto della componente energetica, effettivamente utilizzata nel secondo trimestre 2023;

- qualora il prezzo di riferimento del gas naturale, calcolato come media, riferita al primo trimestre dell'anno 2023, dei prezzi di riferimento del mercato infra-giornaliero (MI-GAS) pubblicati dal Gestore dei mercati energetici, abbia subito un **incremento superiore al 30%** del corrispondente prezzo medio riferito al medesimo trimestre dell'anno 2019, alle imprese a forte consumo di gas naturale è riconosciuto un credito di imposta del 20% (al posto del 45%). Il tax credit si calcola in percentuale della spesa sostenuta per l'acquisto del gas consumato nel secondo trimestre dell'anno 2023, per usi energetici diversi dagli usi termoelettrici;

- **alle imprese diverse da quelle a forte consumo di gas naturale** il bonus è riconosciuto al 20% (al posto del 45%) della spesa sostenuta per l'acquisto del gas, per usi diversi da quelli termoelettrici.

17) AGEVOLAZIONE IMPRESE AGRICOLE

Per l'anno di **imposta 2022** agli imprenditori agricoli che producono e cedono energia fotovoltaica è garantita, per la componente riconducibile all'energia ceduta, un **regime di tassazione più favorevole**. Tale regime – come chiarito nel Decreto bollette 2023 – è basato sul minor valore tra il prezzo medio di cessione dell'energia elettrica, determinato dall'ARERA e il valore di 120 euro/MWh.

18) AIUTI PER LIMITARE IMPATTO PAYBACK DISPOSITIVI MEDICI

Nel Decreto bollette 2023, il Governo è anche intervenuto in **materia sanitaria**, stanziando circa 1,1 miliardi di euro in favore di Regioni e Province autonome per limitare **l'impatto del payback** dei dispositivi medici sulle aziende del settore. A tal fine viene istituito un fondo presso il Ministero della Salute per l'assegnazione di una quota da assegnare a ciascuna Regione e Provincia autonoma, determinata in proporzione agli importi complessivamente ad esse spettanti per gli **anni 2015, 2016, 2017 e 2018**, da utilizzare per gli **equilibri dei servizi sanitari regionali dell'anno 2022**.

Fermo restando l'obbligo del versamento della quota integrale per il ripiano del superamento del tetto di spesa a favore delle Regioni e delle Province a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici che **non rinunciano al contenzioso attivato**, si prevede che le aziende che non abbiano attivato alcun contenzioso o abbiano rinunciato al contenzioso attivato, possano versare entro il 30 giugno 2023, la restante quota nella misura pari ad una percentuale inferiore a quella prevista dalla legislazione vigente dell'importo indicato nei provvedimenti regionali e provinciali.

L'IVA indicata nei versamenti effettuati dalle **aziende fornitrici di dispositivi medici** ai fini del contenimento della spesa dei dispositivi medesimi a carico del Servizio sanitario può essere portata in detrazione scorpendo la medesima dall'ammontare dei versamenti effettuati.

19) AIUTI PER IL SETTORE SANITÀ

Per sopperire alla carenza di organico, le aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale possono **affidare a terzi i servizi medici e infermieristici** esclusivamente per l'emergenza-urgenza ospedalieri, per un massimo di **12 mesi e senza possibilità di proroga**. Inoltre, non può richiedere la ricostituzione del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale il personale sanitario che interrompa volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con una struttura pubblica per prestare la propria attività presso un operatore economico privato che fornisce i servizi medici ed infermieristici alle aziende e gli enti dell'SSN.

20) ARRIVA L'INDENNITÀ EXTRA PER IL PERSONALE SANITARIO

Le aziende e gli Enti del SSN, per l'anno 2023, possono ricorrere alle cosiddette **“prestazioni aggiuntive”** (tipologie di attività libero professionale intramuraria) per le quali la tariffa oraria fissata dal CCNL di settore (pari a 60 euro), può essere aumentata sino a 100 euro lordi, nei limiti delle risorse disponibili, di cui si prevede tuttavia un incremento per ciascuna regione.

21) NUOVE REGOLE DI ACCESSO PER LA MEDICINA D'URGENZA

Sino al **31 dicembre 2025**, si prevede una specifica procedura per l'accesso alla dirigenza medica del SSN nella disciplina di Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza per il personale medico che, nel **periodo tra il 1° gennaio 2013 e il 30 giugno 2023**, abbia maturato, presso i servizi di emergenza-urgenza del SSN, almeno 3 anni di servizio, anche non continuativo, o abbia svolto un determinato numero di ore di attività (pari ad almeno tre anni di servizio).

Inoltre, si prevede la possibilità per i **medici in formazione specialistica** di assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del SSN, per un massimo di 8 ore settimanali.

Per il personale, dipendente e convenzionato, operante nei servizi di emergenza-urgenza e in possesso dei requisiti per il **pensionamento anticipato** si prevede la possibilità di chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da orario pieno a orario ridotto o parziale, in deroga ai contingenti previsti dalle disposizioni vigenti, fino al raggiungimento del limite di età pensionabile.

Infine, si modifica il codice penale inasprendo la sanzione per le lesioni personali quando la persona offesa è esercente una professione sanitaria o sociosanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio.

22) PROROGHE IN MATERIA FISCALE

In materia fiscale, riguardo alle scadenze introdotte con la **Legge di Bilancio 2023** che vi spieghiamo in **questa guida**, sono stati ricalendarizzati i termini per l'accesso ad alcune delle misure definitive previste. In particolare:

- **viene rinviato al 31 ottobre 2023**, invece del 31 marzo 2023, il termine di versamento della prima rata previsto per la regolarizzazione delle violazioni di natura formale;
- vengono modificati i termini per l'accesso al cosiddetto **“ravvedimento speciale”**;
- sempre in relazione al ravvedimento speciale, si prevede che la regolarizzazione debba essere perfezionata, invece del 31 marzo 2023, **entro la data del 30 settembre 2023**.

23) NUOVE REGOLE SUL FISCO

Sempre in materia fiscale, il Decreto, all'*articolo 17*:

- consente di definire con **modalità agevolate gli avvisi di accertamento**, gli avvisi di rettifica e di liquidazione e gli atti di recupero non impugnati e ancora impugnabili al 1° gennaio 2023, ma divenuti definitivi per mancata impugnazione nel periodo compreso tra il 2 gennaio e il 15 febbraio 2023, con riduzione delle sanzioni a 1/18 di quelle irrogate, con il versamento del quantum così rideterminato entro il 30 aprile 2023 (*30 giorni dalla data di entrata in vigore della norma*);
-
- **per gli avvisi di accertamento, rettifica e liquidazione definiti in acquiescenza** nel periodo compreso tra il 2 gennaio e il 15 febbraio 2023, ove sia in corso il pagamento rateale, si consente di rideterminare il quantum dovuto a titolo di sanzione a 1/18 di quelle irrogate (*comma 180 della Legge di Bilancio 2023*) e con la loro rateizzazione in venti rate trimestrali di pari importo (*ai sensi del successivo comma 182*);
-
- consente di estendere l'ambito applicativo della **conciliazione agevolata** delle controversie con riferimento alle liti pendenti al 1° gennaio 2023, anche alle controversie pendenti al 15 febbraio 2023. La conciliazione riguarda le liti pendenti innanzi alle corti di giustizia tributaria di primo e di 2° grado aventi ad oggetto atti impositivi e in cui è parte l'Agenzia delle Entrate.

24) ARRIVA IL CONDONO PER I REATI TRIBUTARI

Il Decreto bollette contempla anche **cause speciali di non punibilità di alcuni reati tributari**, in particolare, quando le relative violazioni sono correttamente definite e le somme dovute sono versate integralmente dal contribuente secondo le modalità previste. I reati che rientrano in questo “condono” sono:

- **l'omesso versamento di ritenute dovute o certificate** per importo superiore a 150.000 euro per annualità;
- **l'omesso versamento di IVA** di importo superiore a 250.000 euro per annualità;
- **l'indebita compensazione di crediti non spettanti** superiore a 50.000 euro.

25) INCREMENTI AL FONDO PROCESSI DI PACE E STABILIZZAZIONE

Il Decreto integra la dotazione del Fondo destinato alle politiche di cooperazione allo sviluppo per il sostegno dei processi di pace e di stabilizzazione, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, per l'anno 2023. L'integrazione è di **44 milioni di euro**.

26) ARRIVA IL FONDO PER LE VITTIME DELL'AMIANTO

L'*articolo 24, comma 2*, istituisce per il 2023, nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il **Fondo per le vittime dell'amianto in favore dei lavoratori di società a partecipazione pubblica** che hanno contratto patologie asbesto correlate durante l'attività lavorativa prestata presso cantieri navali. Tale Fondo, che ha una dotazione di 20 milioni di euro, opera a favore degli eredi in caso di decesso dei suddetti lavoratori.

IL TESTO DEL DECRETO BOLLETTE 2023 CONVERTITO IN LEGGE

Mettiamo a vostra disposizione [il testo](#) del Decreto Bollette 2023 convertito in Legge che da lunedì 22 maggio 2023 approderà al Senato, dopo l'ok della Camera. Appena sarà approvato (*entro il 29 maggio 2023*) in via definitiva e pubblicato in Gazzetta Ufficiale vi informeremo. Entrerà in vigore il giorno seguente alla pubblicazione in GU.

Per completezza informativa mettiamo a vostra disposizione anche il [testo](#) (Pdf 161 Kb) del Decreto contro il caro bollette (D. L 30 marzo 2023 n.34) approvato dal Governo pubblicato nella [Gazzetta Ufficiale Serie generale n.76 del 30 marzo 2023](#). Questo testo ovviamente è stato modificato con la conversione in legge.

ALTRI AIUTI E AGGIORNAMENTI

Vi consigliamo la nostra guida aggiornata sul [bonus sociale elettrico](#) e il nostro approfondimento sui [bonus bollette per famiglie e imprese](#). Utile anche l'approfondimento sul [bonus energia imprese 2023](#) e il [nostro focus](#) sul bonus famiglia contro il caro bollette.

Per scoprire altri bonus e agevolazioni disponibili per famiglie e lavoratori è possibile visitare la nostra pagina dedicata agli [aiuti alle persone](#). Inoltre per conoscere tutte le agevolazioni a favore dei datori di lavoro, professionisti e partite IVA è possibile visitare la nostra pagina dedicata agli [aiuti alle imprese](#). Consigliamo inoltre di iscriversi gratis alla [nostra newsletter](#), per ricevere tutti gli aggiornamenti, e al nostro [canale Telegram](#), per avere le notizie in anteprima.

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 19 MAGGIO 2023

Quali interventi per rilanciare il Ssn? Volo (Sicilia): “La carenza di personale è tra le sfide più urgenti”

“In Sicilia cerchiamo di colmare la carenza con i mezzi e i poteri in nostro possesso, ma solo un intervento ministeriale potrà portare risultati di lunga durata”. L’assessore chiede un intervento nazionale anche sulla specialistica convenzionata, ambito nel quale “le strutture lamentano “tariffe ormai non adeguate agli attuali livelli di inflazione”, ma considerato essenziale per riorganizzare il territorio e garantire risposte di salute ai cittadini siciliani.

“Una delle sfide più importanti che la sanità pubblica si trova ad affrontare per il proprio futuro è quella di riuscire a raggiungere un corretto bilanciamento fra la quota di personale in uscita e l’ingresso di giovani nel mondo delle professioni sanitarie”. A dirlo è l’assessore alla Salute della Regione Siciliana, **Giovanna Volo**, in risposta alla domanda del nostro giornale in merito agli interventi necessari per rilanciare il Ssn.

In Sicilia, spiega Volo, “il problema più rilevante è la carenza di personale, in particolare medico. Con i mezzi e con i poteri in nostro possesso cerchiamo di colmare questa mancanza, ad esempio autorizzando il reclutamento temporaneo di personale straniero oppure destinando, attraverso accordi con le università, i medici specializzandi a strutture ospedaliere specifiche. La tematica, però, è di carattere nazionale e dunque solo un intervento di tipo ministeriale potrà portare dei risultati stabili sulla lunga durata. Ampliare il numero di giovani che possono accedere ai percorsi formativi del settore sanitario sarebbe un primo passo in questa direzione”.

Per l’assessore alla Salute della Sicilia “ancora più evidente è la carenza di specialisti nell’emergenza-urgenza, per via dell’impegno molto faticoso e dei notevoli rischi che caratterizzano questa attività. Da quando c’è l’obbligo di specializzazione, infatti, sempre meno professionisti decidono di intraprendere questo percorso, che rappresenta ormai una scelta di vita. Un intervento ministeriale potrebbe contribuire a renderlo più appetibile. Questa difficoltà in Sicilia è ulteriormente accentuata nelle strutture geograficamente più periferiche, alle quali stiamo dando un’attenzione particolare nel lavoro dell’Organismo di coordinamento dell’emergenza territoriale, all’interno del quale

ci siamo voluti avvalere proprio del contributo, tra gli altri, di chi opera in queste zone più distanti con difficoltà non indifferenti".

“Un'altra questione che richiede inevitabilmente un intervento ministeriale –

prosegue Volo - è quella legata alla specialistica convenzionata, settore con il quale in Sicilia abbiamo avviato un confronto intenso”. Le strutture, spiega l'assessore, “lamentano una scarsa capacità di compensazione delle tariffe, ormai non adeguate agli attuali livelli di inflazione, dato che risalgono a un periodo che va dalla fine degli anni Novanta ai primi anni del Duemila. Su questo non ci sono poteri diretti delle Regioni ed è chiaro che quelle più ricche possono intervenire a compensazione ma non tutte possono permetterselo. Un intervento ministeriale in questo senso rasserenerebbe tutti e darebbe la possibilità di lavorare in forte integrazione come stiamo tentando di fare, tra mille difficoltà, in Sicilia”.

“Integrazione e collaborazione, d'altronde – sottolinea Volo -, sono due punti fondamentali per raggiungere gli obiettivi di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, che ci siamo dati a livello regionale e che, in accordo con il presidente Schifani, stiamo portando avanti fin dall'inizio mettendo in pratica anche quanto previsto dal DM 77/2022. Percorrere questa strada permette di ottenere un duplice risultato: da una parte, rispondere in maniera più tempestiva ed efficace alle richieste di salute che arrivano dai cittadini e, dall'altra, creare nuovi spazi per diverse figure professionali”.

L'assessore fa quindi sapere che “già ai primi di giugno inaugureremo le prime due case di comunità che, in via sperimentale, faranno da apripista. Una delle strutture è già pronta e si trova in una città, come Catania, che insiste su un'area metropolitana; alla seconda si stanno dando gli ultimi ritocchi e verrà aperta a Caltanissetta. In Sicilia si sta dunque lavorando per dare concreta e materiale attuazione ai nuovi modelli introdotti a livello nazionale. Siamo molto soddisfatti, infatti, di aver raggiunto il 100 per cento del primo obiettivo della Missione 6 'Salute'. Si tratta di investimenti destinati proprio a finanziare case e ospedali di comunità ma anche, allo stesso tempo, ad avviare interventi strutturali, di una certa rilevanza, per il miglioramento delle strutture dal punto di vista antisismico. Con l'avvio dei percorsi delle gare, non possiamo che auspicare tempi rapidissimi perché si arrivi a un'apertura e a un pieno funzionamento delle nuove strutture previste”, conclude Volo.

Anziani, in Lombardia il non profit chiede un ruolo in cabina di regia: «Tutelare pazienti e famiglie»

Luca Degani (Presidente Uneba Lombardia) «Il nuovo modello sociosanitario deve tenere conto di aumento della cronicità, carenza di personale e diminuzione di capacità di spesa delle famiglie. Una soluzione? Operatori sociosanitari specializzati in aiuto ai MMG»

di Federica Bosco



Sono oltre 500 le strutture del terzo settore non profit sanitario e sociosanitario che hanno chiesto a **Regione Lombardia** e al **Presidente Attilio Fontana** di essere presenti in modo stabile nella cabina di regia delle **ATS e ASST** in tema di **programmazione**

regionale. Un appello che i gruppi più importanti (**Uneba** e **Aris**) hanno rivolto ai vertici regionali in una lettera inviata nei giorni scorsi al governatore Attilio Fontana e ribadito in un incontro con lo stesso Presidente.

Le richieste del terzo settore non profit

«Il nuovo modello sociosanitario, anche alla luce della revisione dei Lea, non può essere lasciato alle sole logiche di mercato nella concorrenza tra enti erogatori accreditati – spiega **Luca Degani**, presidente Uneba Lombardia a Sanità Informazione – . Finirebbe per minare il livello qualitativo della continuità di cura per una serie di fattori: **aumento della cronicità**, carenza di personale e diminuzione della capacità di spesa delle famiglie». Argomenti che il Presidente di Uneba Lombardia snocciola per spiegare come debba essere rivisto un sistema di assistenza alla luce anche delle risorse a disposizione con il **PNRR**.

In Lombardia un quarto dei posti letto delle RSA italiane, ma non bastano

«La prima richiesta che abbiamo fatto a Fontana è di mettere a sistema quelle che non possono essere più considerate delle richieste temporanee per una evoluzione della cronicità e di fattori contingenti, come appunto la diminuzione di personale e la minore capacità di spesa delle famiglie – prosegue Degani -. Infatti, i **70 mila** letto nelle **RSA**, se da un lato possono sembrare molti (un quarto del totale italiano), confrontati con la vicina Francia sono esattamente la **metà** e quindi del tutto insufficienti, pur avendo noi una popolazione più anziana e un tasso di non autosufficienza più alto». Un quadro che rende necessario perciò un intervento programmatico.

Il non profit “ancora di salvezza” per il sistema?

In particolare, **Aris e Uneba** auspicano un “differente approccio” sul tema degli ospedali classificati e di ispirazione Non Profit. «Si tratta di strutture che il regolatore pubblico tende a collocare, per semplificare, alla stregua degli ospedali privati, mentre invece hanno un ruolo preciso e svolgono attività che il privato profit cerca di evitare perché **poco remunerative e spesso non programmabili**». Il Presidente di Uneba esprime inoltre la necessità di rivedere la presa in carico dei pazienti cronici sul territorio attivando nuove **figure professionali**. «Solo in Lombardia ci sono oltre **mille RSA e RSD**, strutture che possono avere figure professionali utili allo sviluppo della sanità territoriale negli ospedali di comunità ad esempio – spiega Degani -, e potrebbero essere di supporto ai medici di medicina generale anche per la presa in carico domiciliare».

Perché introdurre le figure dell'Operatore Socio-Sanitario Specializzato

Supporto ai **MMG** possibile con nuove figure professionali: questo, in sintesi, il messaggio del mondo non profit per i vertici di Regione Lombardia in vista della definizione del nuovo modello sociosanitario. «Vista la grave carenza di medici e infermieri è necessario mettere a sistema una figura differente: **l'operatore sociosanitario specializzato** – puntualizza il Presidente di Uneba Lombardia -. Al riguardo è uscita anche una bozza di decreto ministeriale, ora all'esame di una Commissione ministeriale congiunta di cui anche Uneba è parte, che prevede, in particolare nella gestione della cronicità, nuovi profili professionali specializzati in grado, tra l'altro, di somministrare farmaci, rilevare i parametri vitali o gestire piaghe da decubito. In questo modo sarebbe possibile inserire una figura tutelante in grado di coprire la mancanza di infermieri, garantire la sostenibilità economica del sistema e aumentare la capacità lavorativa».

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 19 MAGGIO 2023

Covid. Oms: "Aggiornare i vaccini alle nuove varianti attualmente circolanti e migliorare la protezione contro la malattia sintomatica"

I vaccini attualmente approvati "continuano a fornire una protezione sostanziale contro la malattia grave e la morte, che è l'obiettivo primario della vaccinazione Covid". Nonostante la protezione contro la malattia grave però, "la protezione contro la malattia sintomatica è limitata e meno duratura. Sono necessarie nuove formulazioni dei vaccini Covid per migliorare la protezione contro la malattia sintomatica". Da qui il monito dell'Oms per aggiornare i vaccini alle nuove varianti circolanti.

Il gruppo consultivo tecnico dell'Oms sulla composizione dei vaccini contro il Covid (TAG-CO-VAC) riconosce e ribadisce che i vaccini attualmente approvati "continuano a fornire una protezione sostanziale contro la malattia grave e la morte, che è l'obiettivo primario della vaccinazione Covid". Devono quindi continuare a essere utilizzati in conformità con l'attuale tabella di marcia Sage dell'Oms. Nonostante la protezione contro la malattia grave però, "la protezione contro la malattia sintomatica è limitata e meno duratura. Sono necessarie nuove formulazioni dei vaccini Covid per migliorare la protezione contro la malattia sintomatica".

Nel quarto anno della pandemia, sottolinea l'Oms, si registra un'elevata sieroprevalenza nella popolazione mondiale a seguito di vaccinazione e/o infezione, e i profili immunologici contro il Sars-CoV-2 sono altamente eterogenei (cioè gli individui sono stati infettati con diverse varianti e/o vaccinati utilizzando una varietà di piattaforme vaccinali).

A partire da maggio 2023, "i lignaggi discendenti XBB.1 sono attualmente predominanti a livello globale (cioè XBB.1.5, XBB.1.16, XBB.1.9). I lignaggi discendenti dell'XBB, compresi XBB.1.5 e XBB.1.16, sono altamente immunoelusivi, con XBB.1.5 che è una delle varianti del SARS-CoV-2 con la maggiore entità di evasione immunitaria dagli anticorpi neutralizzanti fino ad oggi".

Inoltre l'Oms spiega come "le stime della VE contro le varianti di Sars-CoV-2 attualmente in circolazione, compresi i lignaggi discendenti XBB.1, sono molto limitate in termini di numero di studi, prodotti vaccinali valutati e popolazioni valutate; alcuni studi mostrano una VE simile contro i lignaggi discendenti BA.5 e XBB.1, mentre altri suggeriscono una VE ridotta durante i periodi di predominanza dei lignaggi discendenti XBB.1".

I sieri di individui che hanno ricevuto due, tre o quattro dosi di vaccini a base di virus indice o una dose di richiamo di un vaccino bivalente (contenente BA.1- o BA.4/5-) a mRNA mostrano titoli anticorpali neutralizzanti "sostanzialmente inferiori" contro i lignaggi discendenti XBB.1, rispetto ai titoli specifici per gli antigeni inclusi nel vaccino. Gli individui con immunità ibrida dovuta a un'infezione da Sars-CoV-2 mostrano titoli anticorpali neutralizzanti "più elevati contro i lignaggi discendenti dell'XBB.1" rispetto alle risposte ottenute da individui vaccinati senza evidenza di infezione.

L'Oms aggiunge poi che "esistono prove in vitro della possibilità che si verifichi l'imprinting immunitario, un fenomeno per cui le risposte di richiamo della memoria delle cellule B verso antigeni incontrati in precedenza riducono la risposta a nuovi antigeni. Tuttavia, sulla base degli studi epidemiologici osservazionali condotti finora, l'impatto clinico rimane poco chiaro. I dati preclinici condivisi in via confidenziale con il TAG-CO-VAC dai produttori di vaccini mostrano che la vaccinazione con vaccini candidati contenenti il lignaggio XBB.1 (incluso XBB.1.5) suscita risposte anticorpali neutralizzanti più elevate alle varianti di Sars-CoV-2 attualmente in circolazione, rispetto alle risposte suscitate dai vaccini attualmente approvati".

Come specificato dall'attuale politica Sage dell'Oms, i programmi di vaccinazione "devono continuare a completare la serie primaria e le dosi di richiamo per i gruppi ad alta e media priorità. Inoltre, la Strategia Globale di Vaccinazione Covid dell'Oms, pubblicata nel luglio 2022, richiede anche vaccini con una maggiore durata e ampiezza della protezione".

Gli aggiornamenti della composizione dell'antigene del vaccino, spiega infatti l'Oms, "possono migliorare le risposte immunitarie indotte dal vaccino alle varianti circolanti del Sars-CoV-2".

Per migliorare la protezione, in particolare contro la malattia sintomatica, le nuove formulazioni dei vaccini Covid "dovrebbero mirare a indurre risposte anticorpali che neutralizzino i lignaggi discendenti XBB. Un approccio raccomandato dal TAG-CO-VAC è l'uso di un lignaggio discendente monovalente XBB.1, come XBB.1.5 (ad esempio, hCoV-19/USA/RI-CDC-2-6647173/2022, GenBank: OQ054680.1, GISAID: EPI_ISL_16134259 o WHO Biohub: 2023-WHO-LS-01, GenBank: OQ983940, GISAID EPI_ISL_16760602) come antigene del vaccino. Date le piccole differenze genetiche e antigeniche rispetto a XBB.1.5, XBB.1.16 (ad esempio, hCoV-19/USA/MI-CDC-LC1038976/2023, GenBank: OQ931660 GISAID:

EPI_ISL_17619088) può essere un'alternativa. Gli antigeni di punta di entrambi questi lignaggi sono geneticamente e antigenicamente molto vicini, con solo due differenze aminoacidiche tra XBB.1.5 e XBB.1.16 (E180V e T478R). Si possono prendere in considerazione altre formulazioni e/o piattaforme in grado di ottenere risposte anticorpali neutralizzanti robuste contro i lignaggi discendenti di XBB".

G.R.

Fascicolo sanitario elettronico e telemedicina al servizio delle malattie rare

13 Maggio 2022

1473

Per le persone affette da malattie rare, la digitalizzazione è fondamentale. L'attesa è grande, così come le aspettative. Tanto più che c'è di mezzo un progetto mastodontico che ha l'innovazione tra i cardini principali e va sotto il nome di Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. È questo il messaggio emerso durante il webinar intitolato "Fascicolo sanitario elettronico e telemedicina: potenzialità e opportunità", organizzato dal **Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità** e **Uniamo Federazione Italiana Malattie Rare**. Occasione per guardare al futuro dell'assistenza come dovrebbe essere fra pochi anni.



“Il tema di questo 39° Meeting Scientifico Online Malattie Rare: buone pratiche ed azioni è particolarmente centrato, perché Fascicolo sanitario elettronico e telemedicina sono due pezzetti fondamentali per le persone con malattie rare – ha spiegato la presidente di Uniamo **Annalisa Scopinaro** -. Il Fascicolo esteso a livello nazionale, lo è per la fatica che abbiamo fatto negli anni nel portarci dietro la documentazione clinica: a un certo punto hanno iniziato a crescere i fascicoli regionali, ma non sono sufficienti, perché ci dobbiamo spesso spostare da una regione all'altra. La telemedicina ci consentirà di poter fare visite e teleconsulti anche a distanza: di nuovo qualcosa che ha un'enorme importanza per chi è affetto da una malattia rara, che spesso ha il centro di riferimento molto distante dal luogo in cui risiede”.

Il modello italiano di telemedicina e il PNRR

“È un periodo particolare per la sanità italiana rispetto alle innovazioni digitali – ha spiegato **Francesco Gabbrielli**, direttore del Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità -. Il punto centrale è l'approccio più corretto dal punto di vista tecnico e scientifico: nessuna tecnologia da



sola serve e basta a risolvere i problemi, ma è il modo in cui la usiamo che li risolve. Il modo migliore per le tecnologie digitali, che hanno bisogno di programmazione, è partire dalle esigenze dei pazienti e dei professionisti: non è nemmeno il paziente in sé il centro, ma la relazione tra paziente e professionista. Questo concetto deve ancora farsi veramente strada e soprattutto nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, che è e sarà ancora per un bel po' di tempo regolato da una serie di normative che provengono dai tempi in cui i computer non esistevano: questa mentalità non la troviamo trasposta nelle norme che regolano la vita del SSN. Molto si sta facendo ma la strada è lunga”.

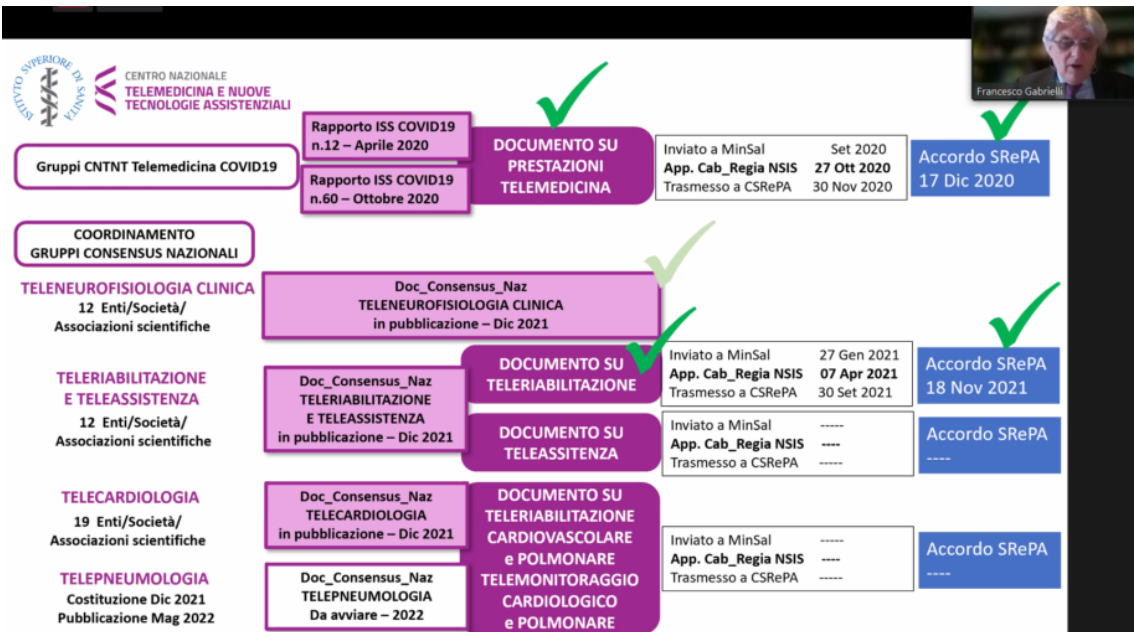
Gabrielli ha quindi illustrato l'attività del Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali, fondato nel 2017, sottolineando che il nostro Paese comincia a essere tenuto in considerazione anche all'estero in materia di telemedicina. Tre le linee di sviluppo che guidano il lavoro del Centro e definiscono il modello italiano di telemedicina:

1. Consulting per governance & progetti, che si concretizza nel supporto a istituzioni nazionali, regionali e locali; design e coordinamento di progetti locali; supporto a organizzazioni di pazienti e partnership per ricerca e sviluppo
2. Definizione dei pilastri nazionali: cybersecurity, studi sull'aggiornamento normativo, metodo di valutazione economica, best practice e linee guida sanitarie
3. Creare una comunità professionale: tools per condividere esperienze, metodo di valutazione e audit, divulgazione, formazione di sanitari e gestori

“Il modello italiano di telemedicina è importante perché il nostro sistema sanitario ha caratteristiche particolari, che vogliamo mantenere perché sono un valore sociale ma anche poter far rimanere sostenibile dal punto di vista organizzativo ed economico”, ha spiegato Gabrielli.

Il modello viene promosso e valorizzato con collaborazioni e partnership a livello nazionale e internazionale: il Centro aderisce infatti all'[International Society for Telemedicine and Health \(Isfteh\)](#) e al [Digital Health Advisory Group for Europe \(Dhage\)](#).

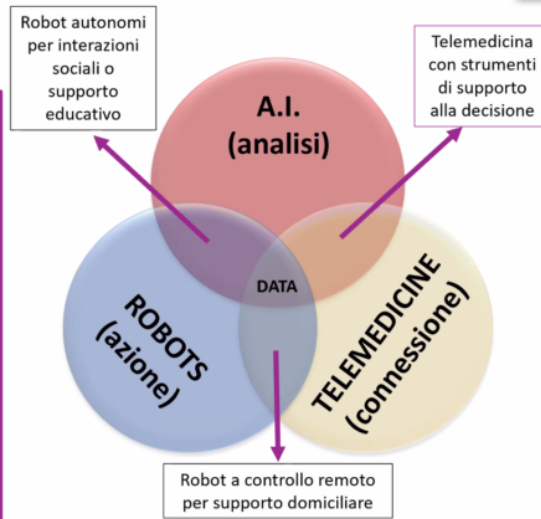
Le attività del Centro sono molteplici.



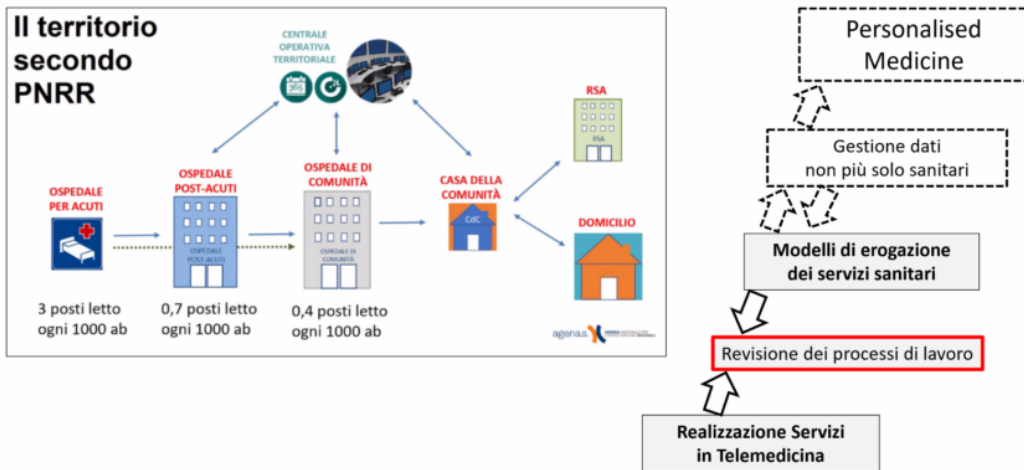
“Siamo lavorando per costruire un sistema molto solido, che duri nel tempo”, ha affermato Gabrielli. “Quello che stiamo vivendo si può definire un’onda globale. La telemedicina non è qualcosa che possiamo decidere o meno di avere. Sta avvenendo comunque. Abbiamo quindi due scelte: o ce la facciamo dare da altri e la subiamo, oppure lavoriamo per creare una nostra strada per la digitalizzazione della sanità, che non è solo digitalizzazione dell’atto medico ma di tutta l’organizzazione della sanità”.

TECNOLOGIE E STRUMENTI DIGITALI

- Information Communication Technologies (ICT)
- Smartphone apps (mHEALTH)
- Internet of things (IoT)
- Dispositivi indossabili e sensori
- Patient Health Record
- Immagini digitali
- Omiche
- Reti collaborative sanitarie
- Social media
- Realtà Virtuale e Aumentata
- Droni
- Big Data
- Intelligenza Artificiale
- Robotica
- Tecnologie Assistive
- Domotica



L'esperto è quindi passato ad analizzare il tema della telemedicina alla luce del PNRR, che prevede una vera e propria **rivoluzione nel sistema della sanità territoriale**. “In parte il Piano prevede la creazione di edifici, che andranno popolati con personale qualificato, ma nell’ottica di erogare prestazioni a domicilio è importante concentrarci su cosa c’è nelle frecce: non sono persone che si spostano, ma telecomunicazioni – ha affermato Gabrielli -. Questo comporta un impatto notevole sulla revisione dei processi di lavoro. Il punto più difficile dei prossimi tre o quattro anni, infatti, non saranno le tecnologie digitali e nemmeno l’evoluzione della mentalità delle persone, perché l’emergenza Covid ci ha insegnato come questa può svilupparsi rapidamente laddove le cose funzionano; ma la revisione dei processi di lavoro nella nostra sanità digitale”.



Ma i passi avanti sono già in atto. L'esempio scelto da Gabrielli è quello della teleriabilitazione: le **indicazioni nazionali del novembre 2021**, frutto per la parte tecnica del **lavoro del Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali**, aprono infatti a opportunità completamente nuove per il SSN. In base a esse, le prestazioni di teleriabilitazione possono essere fruite da qualsiasi luogo assistenziale e/o educativo in cui si trova il paziente: strutture sanitarie, comunità residenziali, contesti comunitari, residenze sanitarie o sociosanitarie, scuole, luoghi di lavoro basati sulla comunità, istituti penitenziari, istituti di formazione, domicilio, case-famiglia e università. Per alcuni di essi è inoltre possibile la fruizione in mobilità, ovvero da luoghi non ordinariamente prestabiliti per la riabilitazione.

Un altro tema toccato da Gabrielli è la piattaforma nazionale di telemedicina: “Sarà una specie di Netflix della telemedicina, grazie alla quale aziende sanitarie, regioni e territori che ne hanno diritto potranno collegarsi e fruire di servizi software. Ad esempio, se hanno necessità di un sistema per fare una televisita, la piattaforma lo renderà disponibile. Questo non vuol dire che ci dovrà essere un unico software per tutte le regioni, intanto perché la piattaforma copre solo alcune attività; e poi ogni azienda e professionista potrà usare quello che ritiene opportuno, purché tutti i sistemi siano interoperabili a livello di dati. Quindi finalmente si arriva all'interoperabilità e all'interoperabilità con il FSE che viene sottoposto tramite il PNRR a una reingegnerizzazione per la parte di utilizzo clinico, una richiesta su cui ci siamo sempre impegnati e che ora viene recepita dalle istituzioni e speriamo venga attuata”.

Se il software è finanziato da ente privato esterno alla struttura sanitaria pubblica, come si può risolvere il problema della privacy dei pazienti? Gabrielli ha risposto così alla domanda posta da un utente: “Usando già in fase progettuale le norme del **General Data Protection Regulation (Gdpr)**: se le usa come linea guida quando costruisce il software, non ci saranno problemi. Il problema c'è se si costruisce la piattaforma e solo dopo si va a vedere il Gdpr”. È possibile fare consulenze genetiche in telemedicina? “Sì e abbiamo un gruppo che si sta dedicando a questo aspetto. Basta saperle fare”.

La spinta dall'Europa e il Fascicolo che avremo



La seconda parte del webinar è stata dedicata al Fascicolo sanitario elettronico. “La digitalizzazione dei sistemi sanitari è una parte fondamentale della **strategia della Commissione europea** per responsabilizzare i cittadini e costruire una società più in salute – ha spiegato **Claudia Biffoli**, direttrice Ufficio 4, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute -. In questo contesto, la Commissione ha stabilito le priorità per trasformare digitalmente il sistema sanitario in un mercato unico digitale e mettere i cittadini dell’Unione europea al centro di esso”.

I cittadini devono essere in grado di accedere e condividere i propri dati ovunque nell’Unione europea, e ne va rimarcata l’importanza per la promozione della ricerca, la prevenzione delle malattie, l’assistenza personalizzata e l’accessibilità degli strumenti digitali per un’assistenza centrata sulla persona

I dati sono ormai riconosciuti come un fattore chiave per la trasformazione digitale del settore sanitario. “I cittadini devono essere in grado di accedere e condividere i propri dati ovunque nell’Unione europea, e ne va rimarcata l’importanza per la promozione della ricerca, la prevenzione delle malattie, l’assistenza personalizzata e l’accessibilità degli strumenti digitali per un’assistenza centrata sulla persona – ha sostenuto l’esperta -. La Commissione ha inoltre evidenziato il valore che rappresenta il cosiddetto “uso secondario dei dati sanitari”: per la ricerca scientifica e l’innovazione, per l’attività di definizione delle politiche e di regolamentazione”.

Al fine di garantire che l’Unione europea consegua gli obiettivi di una trasformazione digitale conforme ai propri valori, gli Stati membri hanno concordato l’11 maggio 2022 un mandato negoziale relativo al programma strategico per il 2030, dal titolo **Percorso per il decennio digitale**. Tra gli indicatori di digitalizzazione da raggiungere è previsto il 100% di disponibilità dei FSE per tutti i cittadini dell’Unione.

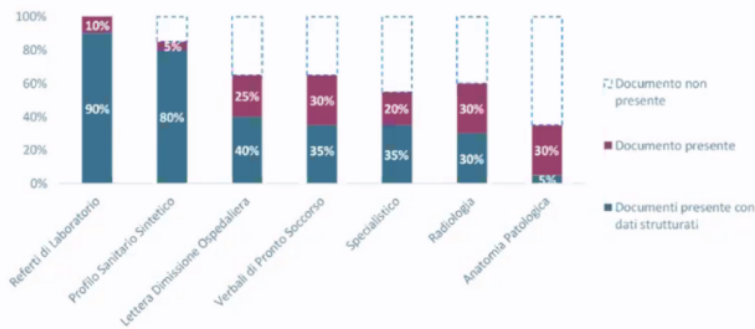
Fatta questa premessa, l’esperta è scesa nel dettaglio della definizione del FSE: è l’insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi. Il FSE ha due finalità: di cura e secondarie (governo e ricerca). È stato istituito nel 2012, i primi contenuti nazionali sono stati definiti nel 2015 con due documenti obbligatori a livello nazionale (profilo sanitario sintetico e referto di laboratorio), ma solo nel 2017 è stata definita l’interoperabilità. Nel 2020 è arrivata la novità dell’apertura dei fascicoli per legge: prima era necessario il consenso.

Gli attori che contribuiscono al FSE sono numerosi: le Regioni gestiscono i FSE e sono responsabili per le informazioni; il Ministero dell’Economia e Finanza con Sogei gestiscono INI, il sistema di interoperabilità che consente la circolarità dei documenti tra fascicoli di regioni diverse e il Ministero della Salute è responsabile di definire i contenuti del FSE che devono valere su tutto il territorio nazionale.

Uno dei grandi problemi del FSE finora, ha spiegato Biffoli, è l’alimentazione non uniforme e anche i servizi offerti sono disomogenei.

2. ... ma ancora molto da fare: FSE disomogenei – I documenti

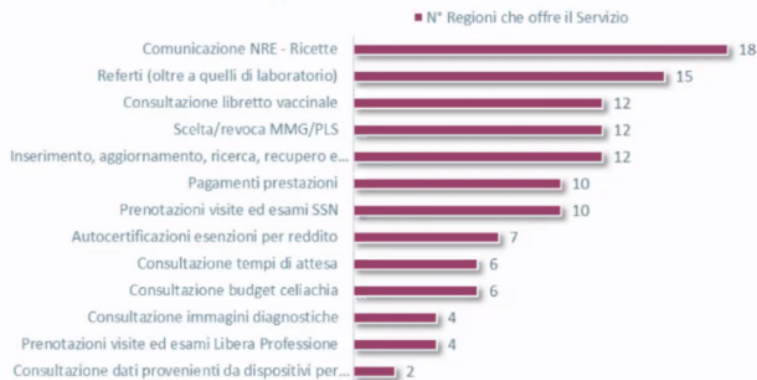
Alimentazione non uniforme: anche nelle Regioni in cui è stata attuata la realizzazione del nucleo minimo, e in alcuni casi dei documenti integrativi, l'alimentazione risulta essere non uniforme da parte delle diverse strutture sanitarie in esse operanti.



3. ... ma ancora molto da fare: FSE disomogenei – I servizi

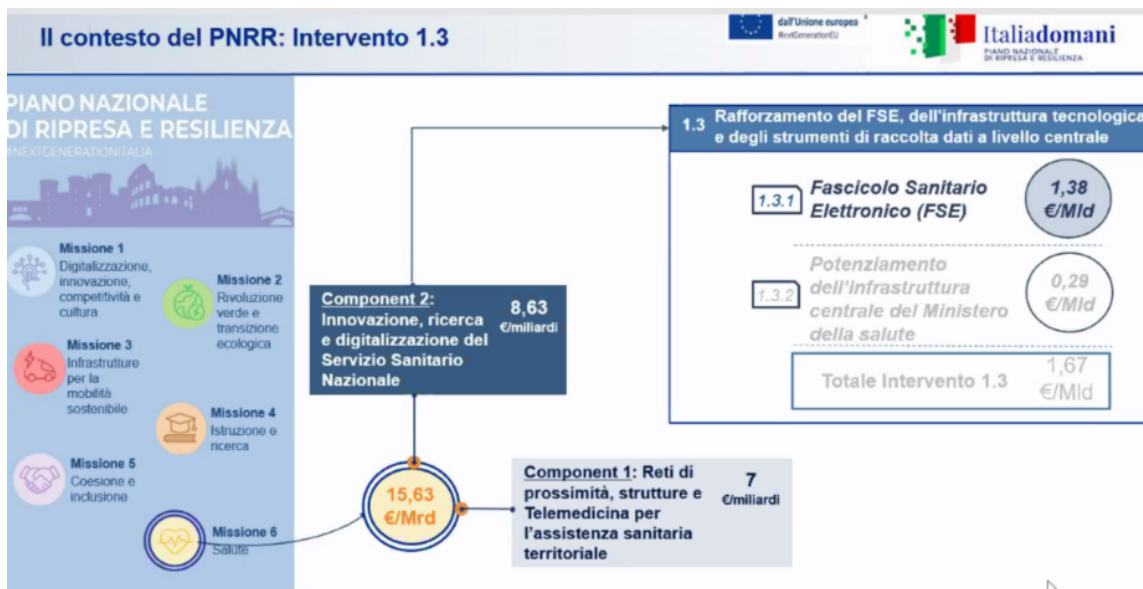
I servizi specifici offerti dal FSE nelle diverse Regioni, le comunicazioni di ricette e le consultazioni di referti sono ampiamente diffusi

I servizi più avanzati e con potenziale di efficientamento per il sistema (e.g. prenotazioni visite online e consultazione di dati provenienti da dispositivi per telemedicina) rimangono molto poco diffusi



Anche la **ricerca condotta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano** ha evidenziato che al momento il FSE è ancora poco conosciuto: non è al momento un punto di riferimento per i cittadini per le informazioni di salute. Il Fascicolo è infatti risultato come conosciuto dal 73% dei pazienti cronici o con gravi problemi di salute e usato dal 37%, mentre solo il 38% degli assistiti lo conosce e il 12% lo usa. Sebbene cresca la propensione dei cittadini a usare i canali digitali rispetto ai problemi di salute e malattie (69%), rispetto a farmaci e terapie (65%) e per cercare di formulare una propria diagnosi sulla base dei sintomi (62%), il FSE non rappresenta a oggi un punto di riferimento per acquisire tali informazioni.

Il Fascicolo sanitario elettronico può però trovare la sua grande occasione nel PNRR.



L'investimento 1.3.1. punta al potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari. L'obiettivo dell'intervento è favorire lo sviluppo di un FSE omogeneo attraverso una trasformazione tecnologica dei sistemi informativi a livello nazionale e regionale, per:

- garantire un single access point ai servizi sanitari per cittadini e pazienti
- garantire una fonte unica di informazioni per i professionisti sanitari che dettagli la storia clinica del paziente
- garantire che le Aziende sanitarie, le Regioni e il Ministero della Salute abbiano a disposizione strumenti per effettuare analisi dei dati per migliorare la cura e la prevenzione

Due gli interventi previsti in quest'ottica per un investimento totale di 810,4 milioni di euro.

1. Creazione di un repository centrale. L'obiettivo è la creazione di un'architettura che garantisca omogeneità e accessibilità sia per i pazienti che gli operatori sanitari su tutto il territorio nazionale. Il budget è di 200 milioni di euro
2. Alimentazione del FSE, con un budget di 610,4 milioni di euro

Biffoli è quindi passata a illustrare il percorso da svolgere: "Le linee strategiche per il FSE si articolano in quattro direttrici di azione: servizi, contenuti, architettura e governance".

Nella parte dei servizi rientrano:

- Semplificare e uniformare l'accesso e l'uso dei servizi del SSN per cittadini e operatori sanitari
- Integrare e condividere dati clinici tra professionisti e strutture sanitarie
- Supportare una sempre maggiore qualità e personalizzazione delle cure

Quanto ai contenuti, saranno presenti:

- dati identificativi e amministrativi (inclusi prenotazioni, libretto sanitario, esenzioni ecc.)
- dati clinici e documenti prodotti nelle attività di prevenzione, diagnosi e cura
- dati del Profilo sanitario sintetico (*Patient summary*)
- dati di refertazione per ogni branca
- dati clinici derivanti da episodi di ricovero
- dati di emergenza-urgenza (118, pronto soccorso)
- dati provenienti da Cartelle cliniche
- dati del Dossier farmaceutico
- dati di vaccinazione
- dati acquisiti durante campagne di screening
- dati delle prescrizioni elettroniche, gestiti dal sistema TS
- dati clinici e vitali acquisiti dai sistemi di Telemedicina
- Patient Generated Health Data

Infine, Biffoli è passata a illustrare i prossimi passi in programma per il 2022/23:

- Messa a punto del supporto normativo e regolamentare per l'attuazione dei requisiti minimi
- Adozione delle Linee Guida per l'attuazione del FSE
- Predisposizione del piano di adozione da parte di ciascuna Regione
- Suddivisione su base regionale dei fondi necessari all'investimento
- Avvio delle attività regionali e delle Aziende sanitarie
- Predisposizione del Repository centrale (Ecosistema Dati Sanitari) che raccoglierà i dati degli eventi clinici e consentirà di monitorare in piena trasparenza l'avanzamento del progetto
- Innalzamento della capacità di utilizzo di strumenti digitali da parte degli operatori sanitari attraverso importanti campagne di formazione, anche con il supporto della Commissione europea (Dg Reform)
- Messa a punto del supporto normativo e regolamentare per l'attuazione dei requisiti a regime

Dopo cosa c'è? Altro. L'estensione al privato e la creazione di uno **Spazio europeo dei dati sanitari**. La digitalizzazione non si ferma.

Venerdì 19 MAGGIO 2023

Monitoraggio Covid. Iss: continuano a calare incidenza, Rt e ricoveri ospedalieri

L'incidenza cala a 24 casi ogni 100.000 abitanti rispetto ai 32 della precedente rilevazione. Per quanto riguarda l'occupazione dei posti letto sono stabili le terapie intensive: a livello nazionale il tasso è allo 0,8%. Scende invece il numero dei pazienti in Area non critica che si attesta al 3,6% rispetto al 4% della settimana precedente. Giù anche l'indice Rt ospedaliero che si attesta a 0,73.

Prosegue la discesa della curva Covid. L'incidenza cala a 24 casi ogni 100.000 abitanti rispetto ai 32 della precedente rilevazione. Per quanto riguarda l'occupazione dei posti letto ospedalieri sono stabili le terapie intensive: a livello nazionale il tasso è allo 0,8%. Scende invece il numero dei pazienti in Area non critica che si attesta al 3,6% rispetto al 4% della settimana precedente. Giù anche l'indice Rt ospedaliero che si attesta a 0,73. È quanto emerge dal nuovo monitoraggio settimanale curato dall'Istituto superiore di sanità.

Indicatori decisionali come da Decreto Legge del 18 maggio 2021 n.65 articolo 13
Aggiornamento del 18/05/2023

Regione	Incidenza 7gg/100 000 pop Periodo di riferimento 21 -27 aprile 2023 *	Incidenza 7gg/100 000 pop Periodo di riferimento 28 aprile -4 maggio 2023 *	Incidenza 7gg/100 000 pop Periodo di riferimento 5-11 maggio 2023 *	% OCCUPAZIONE PL AREA MEDICA DA PAZIENTI COVID al 18/05/2023	% OCCUPAZIONE PL TERAPIA INTENSIVA DA PAZIENTI COVID (DL 23 Luglio 2021 n.105) al 18/05/2023
Abruzzo	71	75,6	55,1	5,8%	0,6%
Basilicata	17	16,6	16,2	6,0%	0,0%
Calabria	38	34,1	29,3	7,9%	4,2%
Campania	37	34	28,2	3,7%	0,2%
Emilia Romagna	34	29,3	21,2	4,4%	1,6%
Friuli Venezia Giulia	42	36	33,6	5,3%	1,1%
Lazio	44	44,1	34,8	4,3%	1,3%
Liguria	35	30,3	30,1	6,5%	0,9%
Lombardia	35	27,2	20,4	1,2%	0,1%
Marche	25	28,5	21,3	3,7%	0,4%
Molise	34	42,8	24,5	4,0%	2,6%
PA di Bolzano	22	22,9	15,8	1,4%	0,0%
PA di Trento	27	22,7	18,4	2,1%	0,0%
Piemonte	29	30	17,2	2,0%	0,5%
Puglia	33	28,7	23,1	3,5%	1,3%
Sardegna	30	24,5	21,5	5,1%	2,0%
Sicilia	16	14,9	3,1	6,1%	0,6%
Toscana	33	31,4	26,1	2,5%	1,2%
Umbria	59	59	40,6	12,1%	2,4%
Valle d'Aosta	25	26	13,8	7,5%	0,0%
Veneto	49	43,3	33,7	3,4%	0,6%
ITALIA	35	32	24	3,6%	0,8%

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 19 MAGGIO 2023

Oncologia. Sì a cure su territorio, ma a patto di mantenere stretto il rapporto con l'oncologo ospedaliero. La Survey del Cipomo

La prima indagine sul percepito dei pazienti oncologici dopo l'approvazione del Dm 77 di riforma della sanità territoriale ha evidenziato alcuni problemi di cui bisogna tener conto nell'attuazione pratica del Decreto. Presentati i risultati preliminari al XXVII Congresso Nazionale del Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri in corso a La Spezia.

La deospedalizzazione e quindi la cura sul territorio potrebbero migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici: la possibilità di essere seguiti fuori dall'ospedale viene infatti considerata dal 30,7% degli assistiti come un'opportunità per sentirsi più liberi e a proprio agio e per qualcuno anche di sentirsi meno malato (per il 10,8%). Tuttavia, circa il 30% la percepisce con timore e pensa che potrebbe “non essere curato al meglio”, quasi il 13% teme di non poter più essere visitato in ospedale mentre il 5,27% ha paura di essere abbandonato.

E così, per effettuare le visite di controllo dopo le terapie, il 59,67% dei pazienti oncologici vorrebbe essere seguito in ospedale dall'oncologo, il 5,47% dal medico di famiglia, il 35,4% da entrambi e solo il 9,45% da un possibile oncologo del territorio.

È questa la fotografia scattata da una Survey condotta **dal Cipomo, il Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri** su 1.443 pazienti oncologici di tutte le regioni italiane, i cui dati preliminari sono stati presentati in anteprima al XXVII Congresso Nazionale “L'Oncologia tra i successi di oggi e i traguardi di domani” in corso a La Spezia fino al 20 maggio. Obiettivo dell'indagine è stato quello indagare il gradimento dei pazienti oncologici sul DM77 che riforma la sanità territoriale.

“Il Decreto Ministeriale 77, con fondi del Pnrr, ha aperto le porte alla deospedalizzazione per i malati cronici e ha definito le strutture territoriali dove verranno erogate una serie di prestazioni che saranno gestite da medici di base e/o

personale infermieristico – spiega **Sandro Barni**, già Direttore di oncologia all'Asst BG Ovest Ospedale di Treviglio e primo autore della ricerca – per quanto riguarda l'oncologia, non sono ancora state stabilite le tipologie di prestazioni e le modalità di coinvolgimento dell'oncologo. Soprattutto nessuno ha mai chiesto cosa ne pensano i pazienti. Per questo abbiamo lanciato la Survey che ha evidenziato alcuni problemi di cui bisogna tener conto nell'attuazione pratica del Dm77”.

L'indagine ha coinvolto 1.443 pazienti con un'età media di 64 anni (il 58% donne, il 42% maschi) ai quali sono state rivolte 11 domande relative a quali attività, con la stessa sicurezza ed efficacia, a loro parere potevano essere svolte fuori dall'ospedale e dove; da chi si vorrebbe essere seguiti; qual è la sensazione di essere seguiti vicino casa; qual è il disagio maggiore quando si va in terapia; qual è il tempo massimo o la distanza tollerabile per la terapia e se la telemedicina o la posta elettronica favoriscano il passaggio all'assistenza territoriale.

Dalle risposte dei pazienti è emerso che le cure sul territorio posso apportare dei benefici, ma a condizione di poter mantenere uno stretto rapporto con l'oncologo ospedaliero e con la collaborazione del Medico di medicina generale. A parità di sicurezza ed efficacia delle cure, il 19,1% pensa che accetterebbe di effettuare fuori dall'ospedale la chemioterapia orale, il 26,68% il follow-up (FU), il 19,15% alcune terapie parenterali, il 32,16% gli esami di base. Il 21,83% preferisce il domicilio, il 36,31% una struttura sanitaria vicina a casa, il 37,54% l'ospedale.

Per quanto riguarda l'utilizzo di nuovi strumenti tecnici, come la telemedicina e la posta elettronica, per favorire la deospedalizzazione, il 44,15% li vede di buon occhio, ma c'è anche chi diffida (circa il 16%) e il 30,7% non sa rispondere.

La Survey ha anche indagato su quali siano le criticità legate al recarsi in ospedale per le terapie: il 41% punta il dito sui tempi di attesa, 20,4% sulla mancanza di parcheggio, il 17% sulla rotazione dei medici, il 12,76% sul tempo di viaggio.

Da sottolineare inoltre che per il 39,5% dei malati oncologici la distanza non è importante, ma solo la continuità delle cure.

“La preferenza espressa dai pazienti per la prosecuzione delle visite di controllo con l'Oncologo in Ospedale ci ha inizialmente sorpresi – confermano i presidenti del Congresso **Carlo Aschele** Direttore Dipartimento Oncologico ASL 5 Liguria (La Spezia) e Consigliere Cipomo e **Michela Giordano** Direttore SC Oncologia Ospedale Sant'Anna (Como) e Segretario Nazionale Cipomo – ma ad una lettura più attenta appare invece ben comprensibile in quanto riflette la forza delle relazioni di cura che si creano tra medico e paziente in oncologia, relazioni di particolare valore per quest'ultimo e quindi verosimilmente più strette rispetto a quanto avviene in altre malattie croniche, e che vanno assolutamente salvaguardate”.

“I pazienti oncologici – conclude **Luigi Cavanna**, Presidente CIPOMO – esprimono un certo numero di bisogni non nascondendo anche una serie di timori legati ad

un'organizzazione sul territorio che va definita in maniera organica. Crediamo che le istituzioni debbano tenere conto dei pareri esternati dai pazienti”.

Anziani non autosufficienti: “Non ‘scarti’, ma malati da non discriminare”

PS panoramasanita.it/2023/05/19/anziani-non-autosufficienti-non-scarti-ma-malati-da-non-discriminare/



Al Convegno nazionale promosso dal Cdsa giuristi, medici e associazioni di tutela dei malati: “La legge sulla non autosufficienza rischia di ridurre gli anziani i malati a casi sociali”. Fontana e Schillaci: “Diritto alle cure fondamentale per gli anziani malati non autosufficienti”

Un passo avanti importante è stato fatto al convegno nazionale svoltosi a Roma lo scorso 17 maggio, “La non autosufficienza dell’anziano è un problema di salute”, promosso dal Cdsa,

Coordinamento per il diritto alla sanità per le persone malate e non autosufficienti. Negli interventi dei giuristi ed esperti presenti e nei messaggi dei rappresentanti di Governo e Parlamento sono state colte in pieno le preoccupazioni circa il destino degli anziani malati non autosufficienti, così come delineato nella Legge Delega n. 33 approvata il 23 marzo scorso, Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane. *“Le parole del Presidente della Camera, Lorenzo Fontana, e del Ministro della Salute, Orazio Schillaci, sono una preziosa conferma dell’esigibilità del diritto alla tutela della salute degli anziani malati non autosufficienti. I loro messaggi ribadiscono la necessità di non comprimere, o peggio annullare, la competenza della sanità, garantita dal SSN, in favore di ambiti meno tutelanti per i malati, come quello dell’assistenza sociale, come delineato nella Legge Delega n°33”,* così hanno commentato **Maria Grazia Breda e Laura Valsecchi, rappresentanti del Cdsa.**

Tutti i posti occupati alla Sala del Refettorio della Biblioteca della Camera dei Deputati da rappresentanti di associazioni, del terzo settore e del sindacato e parlamentari. Un successo che ha confermato la rilevanza e delicatezza degli argomenti in discussione, su cui hanno contribuito a fare chiarezza insigni giuristi ed esperti: In particolare **Giovanni Maria Flick, giurista e presidente emerito della Corte Costituzionale** in merito al testo della legge 33 ha segnalato: *“Il rischio che i malati inguaribili vengano considerati non più malati, quindi nell’ambito dell’articolo 32 della Costituzione, che assicura la tutela della salute come diritto fondamentale, ma vengano considerati come un problema sociale da affidare all’assistenza sociale. La questione è ancora più grave in un momento, come l’attuale, in cui i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria sono garantiti per tutti, per quanto molto meglio attuabili, mentre l’ambito dei Lep (i Livelli delle prestazioni*

che concernono tutti i diritti sociali) è tempestoso, non definito e gravido di problemi. Uscire dal terreno sicuro del sanitario e del socio-sanitario, come prospetta la legge 33, equivale a una sottrazione di tutele per i malati cronici non autosufficienti, che invece vanno mantenuti nella dimensione di tutela sanitaria per tutte le loro esigenze».

Come pure **Piero Secreto, geriatra, consigliere nazionale Sigot** (Società italiana di geriatria ospedale e territorio) ha sottolineato la condizione clinica dei malati non autosufficienti che afferiscono oggi alle strutture sanitarie e socio-sanitarie: *“Negli ultimi anni, la tipologia dei pazienti ricoverati nelle strutture si è modificata in termini di aumentate necessità sanitarie: sono malati sempre più gravi dal punto di vista cognitivo e funzionale. Tuttavia, in parallelo assistiamo allo scivolamento dalla garanzia sanitaria per tutti i malati e a una selezione all’accesso in base a parametri socio-economici. La condizione economica non deve mai essere pregiudiziale dell’intervento sanitario e socio-sanitario sul malato non autosufficiente, in particolar modo demente. Non possiamo arrenderci all’ageismo istituzionale per il quale tanto il paziente non è guaribile, quindi non è degno di ricevere le cure come altri malati più meritevoli”.*

Come hanno sottolineato inoltre **Maria Grazia Breda e Laura Valsecchi**: *“Il confronto tra giuristi, medici e organizzazioni sociali di difesa dei diritti degli anziani malati non autosufficienti ha chiarito la necessità forte di mantenere la competenza della presa in carico degli anziani malati non autosufficienti in ambito sanitario, governato dalla legge 833 del 1978, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale e dai Lea. Una presa in carico che risponda ai loro bisogni di tutela della salute in tutte le fasi della malattia, anche in quelle della cronicità e degli interventi tutelari nelle funzioni elementari della vita: alimentazione, idratazione, igiene, mobilitazione, monitoraggio delle cure e delle terapie... L’auspicio del CDSA è duplice: nei confronti del Governo, per una scrittura dei decreti attuativi della legge 33 che riconosca la piena competenza del Servizio Sanitario Nazionale sui malati non autosufficienti; nei confronti dei Parlamentari, perché non abbassino la guardia sul tema fondamentale della tutela della salute dei malati non autosufficienti, anche con interventi puntuali di sollecito e indirizzo sulla scrittura dei decreti”.*

*“In questo contesto è fondamentale il ruolo di guida e di indirizzo del Ministero della Salute impegnato a garantire all’anziano malato cronico il diritto alle cure sanitarie e sociosanitarie necessarie per il suo benessere e la sua salute, in perfetta coerenza con la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e con i Livelli essenziali di assistenza”, è questo un passaggio importante del **messaggio del Ministro della Salute**, che risponde alle preoccupazioni avanzate dal CDSA, Coordinamento per il diritto alla sanità per le persone malate e non autosufficienti, che ha promosso l’iniziativa.*

*“Sono convinto che il vostro incontro saprà offrire un significativo contributo di idee e di proposte sulle misure da adottare in sede di attuazione della legge n:33 del 2023 per garantire la piena ed effettiva tutela del diritto alla salute delle persone anziane non autosufficienti”, così, nel suo messaggio, **il Presidente della Camera Lorenzo Fontana,***

che coglie le esigenze poste dal CDSA e rappresentano una apertura alla fase dei decreti attuativi della Legge Delega sulle persone anziane, attraverso i quali il CDSA auspica l'inserimento di correttivi ad alcuni passaggi critici della stessa legge.

Il Gruppo Les presenta un Manifesto in cinque punti

PS panoramasanita.it/2023/05/19/il-gruppo-les-presenta-un-manifesto-in-cinque-punti/



Obiettivo: richiamare l'attenzione sui diritti dei pazienti affetti da Lupus Eritematoso Sistemico

“I diritti dei pazienti con LES”, un manifesto in cinque punti, è stato presentato ieri, 18 maggio, nel corso della conferenza stampa che si è tenuta presso la Sala Caduti di Nassirya, al Senato della Repubblica, su iniziativa del Senatore Ignazio Zullo,

membro della X commissione permanente, Affari sociali, Sanità, Lavoro, previdenza sociale. Il documento, elaborato dal Gruppo LES Italiano ODV grazie al confronto con i principali stakeholder di ambito scientifico e istituzionale, vuole richiamare l'attenzione sul Lupus Eritematoso Sistemico (LES), una patologia complessa e invalidante che colpisce soprattutto le donne in giovane età, coinvolgendole in un percorso di vita, individuale e di relazione, molto impegnativo. Ciononostante, la malattia è ancora poco visibile, e sconta un forte ritardo diagnostico e disomogeneità tra le Regioni nell'assicurare l'accesso alle cure.

Al primo punto del Manifesto, la **Corretta diagnosi**, tempestiva rispetto all'esordio della malattia, con l'obiettivo di rallentarne la progressione ed evitare il danno d'organo, seguita dall'**Appropriatezza e Equità di accesso alle cure**, con il diritto dei pazienti di accedere a trattamenti adeguati e personalizzati in base al proprio quadro clinico, senza discriminazioni economiche o geografiche. Il manifesto mette l'attenzione, poi, sulla **Continuità Terapeutica e Tutela del rapporto medico paziente**, sull'**Informazione ed Empowerment**, e infine sulla **Partecipazione delle Associazioni alle scelte di Politica Sanitaria**.

“Il Gruppo LES italiano è nato nel 1987 e fin da allora opera per dare visibilità ai pazienti con Lupus e alleggerire l'impatto che la malattia ha sui pazienti e sulle loro famiglie – ha spiegato Rosa Pellissero, Presidente del Gruppo LES -. Facciamo ricerca e in Italia finanziamo 10 Lupus clinic pubblici, ambulatori multidisciplinari che prendono in carico i malati di LES. Per spiegare i bisogni dei nostri pazienti, è necessario accedere ai tavoli istituzionali, perché le scelte della politica sanitaria ricadono sui pazienti in modo immediato e diretto. Quando tagliano un intero reparto di reumatologia o non c'è la possibilità di fare visite o esami in tempi valori, o l'esenzione ricopre pochissimi esami. O

viene riconosciuta una invalidità del 20%, questo vuol dire che la malattia non viene debitamente riconosciuta. Per questo abbiamo la necessità che si conosca di più questa malattia e le sue ricadute sulla vita dei pazienti che non sono tutelati. A questo proposito voglio ringraziare tutte le associazioni, le istituzioni e GDK per averci sostenuto nell'organizzazione di questa iniziativa”.

Il Sottosegretario alla Salute, **Marcello Gemmato**, impegnato in altri impegni istituzionali, ha inviato un suo messaggio, sottolineando come il manifesto e i *“principi che lo costituiscono sono i punti fermi di un approccio universale alla gestione della patologia, che deve partire dalla conoscenza della stessa per poter essere diagnosticata per tempo, passando per la capacità di tradurre i progressi della ricerca scientifica in trattamenti equi e accessibili sul territorio. Formazione verso i clinici e informazione verso i pazienti – ha proseguito il sottosegretario Gemmato nel suo messaggio – sono quindi le leve per favorire la giusta consapevolezza sulla malattia, accanto a reti di assistenza e multidisciplinarietà per garantire percorsi di cura adeguati”.*

“E’ la malattia più complessa – ha sottolineato Gian Domenico Sebastiani, Presidente SIR, Società Italiana Reumatologia –che un medico si possa trovare ad affrontare, perchè l’esordio della malattia stessa è molto complesso da individuare e i sintomi sono i più disparati. Come gruppo di studio della Società Italiana di Reumatologia sul LES di recente insorgente, abbiamo raccolto una casistica molto ampia che va da sintomi articolari, rash cutanei, sintomi ematologici con riduzioni delle cellule del sangue. Accanto a questi ci sono sintomi ben più gravi che si verificano all’esordio del Lupus nel 25% dei casi, come ad esempio la nefrite lupica. Bisognerebbe accelerare il percorso di diagnosi, perché c’è una finestra in cui con l’intervento terapeutico tempestivo possiamo evitare che il paziente peggiori. Importanza dal punto di vista dei farmaci diverso dal cortisone che è stato storicamente usato per malattie reumatologiche, oggi ci sono farmaci biologici molto efficaci in grado di bloccare la malattia”.

Francesco Mennini, Presidente SIHTA e Professore di Economia Sanitaria presso l’Università di Roma “Tor Vergata”, ha detto: *“I modelli di presa in carico devono essere uguali e condivisi. Diagnosticare precocemente la malattia significa prendere il paziente in carico prima che la patologia possa avere un impatto più dannoso. La diagnosi precoce, oltre ad avere un impatto positivo sul paziente, determina allo stesso tempo una riduzione dei costi, sia a carico del sistema sanitario nazionale, sia a carico dei pazienti e delle famiglie. Seguire un percorso di appropriatezza, credo sia la chiave di volta – ha spiegato Mennini -. Tutto questo va inserito in un progetto di programmazione sanitaria. L’obiettivo sembra andare in questa direzione. Spero che si incrementino anche le risorse. Nel 2023 c’è stato un incremento in termini reali della spesa sanitaria, speriamo lo stesso venga fatto per il 2024 e 2025”.*

Daniela Marotto, Specialista in Reumatologia, Responsabile Reumatologia ASSL Gallura, Presidente CRel – Collegio Reumatologi Italiani, ha sottolineato come: *“Il riconoscimento precoce della malattia è ostacolato dalla enorme varietà di sintomi. Il ritardo diagnosi del LES è associato a danni importanti con un impatto serio sulla vita del paziente e sui costi socio-sanitari. Sulla fase preclinica della malattia sono già presenti*

fattori infiammatori forti. Successivamente sintomi non specifici del Lupus, devono essere un campanello d'allarme per il riconoscimento della malattia. Dobbiamo lavorare bene con i medici di medicina generale, perché si formino a riconoscere i primi sintomi della malattia”.

Per **Ignazio Zullo**, senatore, membro della X commissione permanente (Affari sociali, Sanità, Lavoro, previdenza sociale) *“È bene che si creino delle occasioni di discussione e di confronto tra quelli che soffrono e quelli che decidono, in questo caso la categoria dei pazienti da una parte, dall'altra quella della politica. Abbiamo bisogno di lavorare sul fronte medico sanitario, ma anche socio assistenziale. La politica deve entrare in un processo di cambiamento del SSN e convincersi che il SSN va rimodulato. Più prevenzione, più medicina del territorio ed ospedali più efficienti”.*

*“E' fondamentale – ha aggiunto **Mercedes Callori**, vice presidente Gruppo LES – l'informazione per i pazienti, perché diventare consapevoli di cos'è questa malattia è fondamentale per i malati di LES. A volte non viene spiegata adeguatamente la malattia, non vengono spiegati i farmaci e i loro effetti collaterali. Questa è una malattia che fa paura perché se ne parla troppo poco. Per questa ragione una corretta informazione è necessaria e fondamentale”.*

Regione Veneto vara una vasta campagna contro la sedentarietà

PS panoramasanita.it/2023/05/19/regione-veneto-vara-una-vasta-campagna-contro-la-sedentarieta/



Assessore: Muoversi è salute. Lavoriamo incessantemente sugli stili di vita salutari

I cittadini veneti sono tra i meno sedentari d'Italia (al terzo posto dopo Bolzano e Trento). Ciò nonostante, ancora 500 mila di loro sono tecnicamente considerati "sedentari", circa il 15,5% della popolazione tra i 18 e i 69 anni. I giovani presentano performances peggiori: 7 su 10 tra undicenni e tredicenni non raggiungono i livelli raccomandati di attività motoria (per l'Oms, un'ora al giorno); il rapporto sale a 8 su 10 tra quindicenni e diciassettenni, complici almeno 2 ore al giorno di attività con telefonini, tablet e internet. Sono questi i dati salienti del rapporto su Attività Motoria e Sedentarietà in Veneto, che ha fatto da sfondo alla presentazione, avvenuta oggi a cura dell'Assessore alla Sanità della Regione e della Dirigente della Direzione Prevenzione Francesca Russo, di una vasta campagna di sensibilizzazione sulla salubrità del fare moto quotidianamente, prevenendo così il rischio dell'insorgere di malattie, anche croniche, legate alla sedentarietà. La campagna, dal titolo "Campioni tutti i giorni", poggerà sui social network regionali e delle Aziende Sanitarie, sui canali di comunicazione tradizionali di stampa, su affissioni in vari spazi pubblici e affissioni dinamiche sugli autobus nei capoluoghi di provincia del Veneto.

"Il tutto – ha sottolineato l'Assessore – si inquadra nell'ambito della sezione Vivo Bene Veneto prevista dal Piano regionale di Prevenzione del Veneto. Siamo ad esempio al lavoro sugli aspetti dell'alimentazione, del movimento come in questo caso, degli abusi in generale e puntiamo ad affermare in ogni modo possibile la cultura legata ai sani stili di vita, coinvolgendo il territorio (Comuni e Ulss in primis) e spingendo le persone, a cominciare dai giovani, a convincersi che uno stile di vita sano salvaguarda la salute, impedisce il nascere di tante malattie, garantisce una qualità di vita migliore e diminuisce la necessità di accedere a cure e terapie farmacologiche che, oltre a non fare di certo piacere, costituiscono anche un elevato costo sanitario e sociale. Per questo lavoro – ha tenuto a rilevare – ringrazio la dottoressa Russo e tutto il suo staff che, nonostante anni

terribili causati dal Covid, trovano l'entusiasmo e il tempo per creare anche azioni preziose come questa presentata oggi. E il lavoro paga, perché la percentuale di sedentari, rispetto al periodo della pandemia è scesa dal 23 al 15,5%”.

La Regione del Veneto da diversi anni ha delineato un'articolata strategia per il contrasto della sedentarietà volta a incrementare uno stile di vita attivo in tutte le età ed in ogni contesto di vita. La strategia, parte integrante del Piano regionale Prevenzione 2020-2025, ha la finalità di promuovere l'attività motoria, sviluppando le progettualità già in essere nel territorio della Regione, nell'ottica della trasversalità e della multisettorialità.

La strategia si articola nello sviluppo delle seguenti aree:

-interventi sulla popolazione sedentaria sana, promuovendo in setting specifici – quali quello scolastico, lavorativo e di comunità – il movimento, sia nella quotidianità che in occasioni organizzate (PEDIBUS per le scuole primarie, 1 KM al giorno per le scuole secondarie, GRUPPI DI CAMMINO, ATTIVITA' in PALESTRA per anziani, ATTIVITA' NEI PARCHI; ecc)

-interventi sulla popolazione con presenza di uno o più fattori di rischio o con patologie specifiche che possono trarre beneficio dal movimento, anche predisponendo percorsi di esercizio fisico strutturato in apposite strutture private (PRESCRIZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO e PALESTRE DELLA SALUTE L.R. 8/2015);

-interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali (RETE dei COMUNI ATTIVI, PROMOZIONE DI PERCORSI CICLO_PEDONALI; Promozione di azioni nell'ottica dell'Urban Health);

-azioni di comunicazione, informazione e formazione, rivolte sia alla popolazione che agli operatori sanitari.

Patient engagement e serious play: tecnologie per una sanità a misura di paziente

L'esperienza di Helaglobe che usa la tecnologia per attivare ascolto e dialogo costante con i pazienti: «Nascono soluzioni che guardano oltre la patologia e sostengono la persona»

di Chiara Stella Scarano



Supportare le persone nella gestione quotidiana della loro patologia, intercettandone i **reali bisogni** e ponendolo **al centro del percorso di cura**. Non più semplice destinatario di un piano terapeutico da rispettare, quindi, ma parte attiva di un processo che mira a coniugare salute, praticità, ascolto. L'obiettivo è da un lato quello di rendere meno gravosa la **convivenza con la patologia** e, dall'altro **aumentare la compliance** rispetto al monitoraggio e all'aderenza ai percorsi di cura, così da generare un circolo virtuoso che ottimizzi **l'outcome terapeutico** rispettando e valorizzando le esigenze della "persona" paziente. Sono queste le sfide della sanità del presente e del futuro, messe ancora più in evidenza dagli ultimi tre anni segnati dalla

pandemia. Una sfida che la realtà di **Helaglobe**, **azienda leader in Italia nella progettazione di soluzioni per il paziente**, ha raccolto da tempo facendo sue, già dalla sua fondazione nel 2013, tutte le istanze che negli ultimi tempi sono esplose con maggiore urgenza.

Sulle soluzioni che la tecnologia rende oggi possibili e sull'importanza del dialogo costante con i fruitori di queste stesse soluzioni, affinché queste siano davvero funzionali, *Sanità Informazione* ha intervistato il **fondatore e AD di Helaglobe, Davide Cafiero**.

Più che stare al passo coi tempi, bisogna anticiparli...

«Quando dieci anni fa ho deciso di fondare Helaglobe sono partito da una considerazione: **il paziente è, prima di tutto, una persona**. Ho quindi fatto sì che la missione di Helaglobe fosse quella di consentire alla persona portatrice di patologia un accesso più facile alle soluzioni di salute così da poter vivere al meglio la propria quotidianità. E questo si traduce nell'avere un **sistema di ascolto** che vada oltre il bisogno terapeutico, che resta ovviamente fondamentale, ma che possa intercettare tutte quelle esigenze che le persone hanno nel quotidiano in relazione alla propria patologia, così da gestirla al meglio. Tutto questo passa necessariamente attraverso un **coinvolgimento attivo della persona con patologia**. Nel corso degli anni abbiamo dialogato, sia singolarmente sia in forma aggregata, con più di duemila persone con patologia, raccogliendone le istanze e i bisogni, sui cui abbiamo costruito e proposto **soluzioni in forma di prodotti e servizi**».

Qualche esempio?

«Sicuramente **l'uso delle tecnologie e in particolare del digitale** ha avuto negli ultimi anni, complice la pandemia, uno sviluppo dirompente, soprattutto nell'ambito della **telemedicina** declinata nei servizi di **teleconsulto e televisita**. Helaglobe ha realizzato un proprio sistema di telemedicina che consente questo tipo di attività, sia sulla

televisita, riuscendo ad erogare prestazioni per persone con patologia in forma specifica, sia sul **telemonitoraggio**, ma anche sulla **teleriabilitazione**, consentendo al paziente di poter svolgere il suo programma di **riabilitazione** comodamente al proprio domicilio, senza doversi recare fisicamente presso la struttura sanitaria di riferimento».

Qual è il segreto per aumentare la reale fruizione delle soluzioni tecnologiche?

«Il tema del **patient engagement**, cioè del coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura, è oggi centrale. Il punto è trovare strategie che consentano realmente di aumentare la compliance dei pazienti verso questo tipo di approccio, così che da renderli davvero centrali nella costruzione dei processi di salute. Nel corso del tempo sono stati sperimentati diversi approcci, ed uno di quelli su cui ci siamo specializzati è quello del **serious play**, cioè il gioco con un fine diverso da quello dell'intrattenimento. Dal 2016 lavoriamo sui serious game per la salute, la cui **efficacia è fortemente supportata dalla letteratura scientifica**. È uno strumento che utilizziamo moltissimo e abbiamo sviluppato i nostri serious game per la **sclerosi multipla**, l'emofilia e ne abbiamo diversi altri in realizzazione per altre patologie».

In che modo Helaglobe si interfaccia con le associazioni di pazienti?

«Parte integrante della nostra mission è creare una connessione con chi rappresenta le persone con patologia, cioè le associazioni di pazienti. Nel corso del tempo abbiamo avviato **diverse attività di collaborazione** con le realtà del mondo associativo per rispondere ai loro bisogni specifici. Lo scorso anno è partita l'iniziativa **“Insieme Per”**: una **piattaforma di coinvolgimento** che oggi aggrega circa 70 associazioni di pazienti di patologie croniche, oncologiche e **malattie rare**. Con Insieme Per stiamo lavorando su due temi: il primo riguarda la costruzione di strategie che favoriscano la reciproca crescita mediante **condivisione delle esperienze**, il secondo riguarda

Piano oncologico, FAVO: «Mancano obiettivi concreti e risorse. Ridurre del 6-8% la mortalità per cancro»

Presentato a Roma il 15° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, in occasione della XVIII Giornata nazionale del malato oncologico promossa da FAVO

di Redazione



Il **Piano Oncologico Nazionale (PON) 2023-2027** è un documento ambizioso, come dimostra il consenso ricevuto in Conferenza Stato-Regioni. Però è troppo generico nella formulazione degli obiettivi e non prevede i necessari finanziamenti per la loro realizzazione. A fronte del riconoscimento della centralità dell'assistenza ai malati di cancro, le azioni concrete da mettere in campo non sono definite, rischiando così di "navigare a vista". Gi aspetti più critici riguardano le Reti Oncologiche Regionali, ancora prive di risorse dedicate, non sono indicati gli strumenti per raggiungere la copertura prevista per gli screening per i tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina, non vi è alcun riferimento alla qualità delle prestazioni chirurgiche in oncologia e l'ammodernamento del parco tecnologico non contempla le attrezzature per radioterapia. Non solo. Non vengono definiti i criteri per

programmare la realizzazione di laboratori di biologia molecolare sul territorio nazionale e non sono previsti i necessari interventi urgenti di carattere normativo per la riabilitazione.

I costi dell'oncologia

La mancata definizione di questi aspetti rischia di compromettere la presa in carico dei pazienti e la loro qualità di vita, oltre ad aumentare i costi della malattia. Ogni anno infatti in Italia si registrano 895mila ricoveri per tumore, con una spesa annuale per i soli costi diretti ospedalieri pari a **oltre 4 miliardi di euro**, a cui si aggiungono 2,5 miliardi di uscite per le prestazioni assistenziali. Per questo FAVO, la Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, insieme a tutte le Società scientifiche autrici del capitolo, chiede di istituire un tavolo di lavoro per la stesura di un regolamento attuativo, strutturato e definito, che nei diversi ambiti renda operativo il PON. Ancora, chiede di identificare e nominare un gruppo di coordinamento per la valutazione annuale degli indicatori e la loro puntuale pubblicazione e di definire gli strumenti operativi che, sulla base del monitoraggio e degli indicatori annuali, permettano di procedere con le necessarie e tempestive misure correttive. Le richieste sono contenute nel 15° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi a Palazzo Madama, nell'ambito della XVIII Giornata nazionale del malato oncologico promossa da FAVO.

15° Rapporto sui malati oncologici

«Per assicurare la realizzabilità e l'allineamento del nostro Piano a quello europeo, che si basa su 3 pilastri (Prevenire il prevedibile; Ottimizzare diagnosi e trattamento e Qualità di vita), è assolutamente indispensabile – spiega **Francesco De Lorenzo**, Presidente FAVO – l'immediata attivazione delle Reti Oncologiche Regionali e della Rete Nazionale dei Tumori Rari, conditio sine qua non per la presa in carico complessiva dei malati di cancro e per garantire loro la migliore qualità di vita possibile. Alla guarigione clinica spesso si accompagnano infatti

disabilità, fisiche e psicosociali, recuperabili proprio attraverso programmi di riabilitazione. Ciò è necessario per restituire alla persona guarita una vita piena e soddisfacente, ma anche un dovere e una responsabilità collettiva per garantire un uso appropriato delle risorse».

Tumori e invalidità

«Si pensi ai vantaggi di reintegrare una persona guarita nel mondo del lavoro: il ritorno alla vita attiva si traduce in un risparmio di spesa previdenziale, al contempo contribuendo a dare sostanza alla condizione di guarito – continua **Elisabetta Iannelli**, Segretario FAVO -. I tumori rappresentano la causa principale del riconoscimento degli assegni di invalidità e delle pensioni di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni. Le insufficienze del sistema sul piano della riabilitazione sono state riconosciute anche dall'Unione Europea, che ha messo in campo azioni correttive di grande rilevanza. Anche l'Italia deve adottare i provvedimenti normativi necessari perché sia riconosciuto il diritto alla riabilitazione oncologica, definendo percorsi specifici in funzione di ciascuna patologia e assicurandone l'accesso attraverso il riconoscimento nei Livelli Essenziali di Assistenza».

Il Piano Europeo di lotta contro il cancro

«Il Piano Europeo di lotta contro il cancro, presentato dalla Commissione Europea, riporta per il 2020 nei Paesi dell'Unione Europea 2,7 milioni diagnosi di cancro e 1,3 milioni di morti per questa patologia, stimando, in assenza di interventi strategici, un ulteriore aumento della mortalità di oltre il 24% entro il 2035. Anche in Italia- aggiunge **Carminé Pinto**, Presidente FICOG (Federation of Italian Cooperative Oncology Groups). in questa prospettiva risulta indispensabile programmare nell'ambito del nostro SSN una strategia di controllo della malattia cancro, con iniziative e obiettivi definiti e soprattutto attuabili. Questo può essere l'obiettivo della sanità pubblica per un adeguato controllo del cancro in tutte le fasi della malattia. In una strategia e programmazione sanitaria finalizzata a garantire l'effettiva realizzabilità del PON, è

indispensabile integrare l'enunciazione tecnico-scientifica con aspetti più direttamente correlabili alla operatività ed alla efficacia degli interventi. Da un punto di vista di impostazione generale occorre sottolineare che alcuni temi più di carattere strategico richiedono un necessario allineamento con il Piano Europeo, come indicazioni di pianificazione e programmazione specifica in termini di rilevazione del fabbisogno, indicazioni specifiche delle risorse da investire o quantomeno degli standard di riferimento. È indispensabile per la sanità pubblica intervenire in aree con ricadute sui sistemi sanitari regionali, come l'implementazione degli screening oncologici con obiettivi regionali e trend temporali di crescita, la riqualificazione delle cure intermedie e dell'assistenza domiciliare, l'assistenza psicologica e la riabilitazione oncologica. Inoltre, è necessario prevedere interventi operativi a livello delle aziende sanitarie erogatrici che intervengano in merito ai tempi previsti, agli indicatori di monitoraggio, all'appropriatezza dei setting in base al percorso di cura del paziente oncologico e onco-ematologico, valorizzando da un lato la medicina di prossimità e dall'altro il ruolo dei centri di eccellenza, e l'accesso alla innovazione scientifica e alla ricerca».

Ridurre la mortalità

Una riduzione del 6-8% della mortalità per tumore determinerebbe in Italia 10mila-14mila decessi in meno ogni anno. «Questo può essere l'obiettivo della sanità pubblica per un'adeguata strategia di controllo del cancro, che comprenda tutte le fasi, dalla prevenzione primaria e sensibilizzazione dei cittadini, allo screening, alla diagnostica fino all'equità di accesso alle cure migliori sull'intero territorio – afferma **Saverio Cinieri**, Presidente AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) -. Nel PON viene dato molto risalto alle Reti Oncologiche Regionali, però non viene fatto cenno al Coordinamento Generale delle Reti Oncologiche, previsto nel Documento adottato dalla Conferenza Stato-Regioni il 17 aprile 2019. Inoltre, perché le Reti Oncologiche Regionali raggiungano una reale efficienza, sono

necessarie risorse dedicate che non vengono stabilite dal PON, partendo da una valutazione dei bisogni e con una diretta autonomia di spesa. Elemento centrale delle Reti Oncologiche Regionali sono i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, ma anche in questo caso mancano indicazioni sui finanziamenti indispensabili per coprire le figure necessarie, quali clinical study coordinator, psicologi, nutrizionisti, fisiatristi, assistenti sociali, professionalità che oggi mancano quasi ovunque».

La chirurgia oncologica

«Nel PON non viene menzionata la qualità delle prestazioni chirurgiche in oncologia – evidenzia **Alfredo Garofalo**, Presidente emerito SICO (Società Italiana di Chirurgia Oncologica) -. Nei tumori solidi spesso la chirurgia rappresenta il primo approccio alla malattia e un intervento inadeguato può influenzare tutte le fasi successive della strategia terapeutica integrata. L'individuazione di centri ad alto volume di attività chirurgica per patologie oncologiche è un passaggio obbligato per assicurare ai pazienti una qualità delle prestazioni che consenta l'approccio alla malattia più moderno ed efficace. Per il riconoscimento delle unità operative 'ad alta specialità in chirurgia oncologica', i centri dovrebbero certificare i volumi minimi di attività degli ultimi tre o cinque anni ed essere dotati di caratteristiche organizzative per garantire alti livelli di efficienza e qualità».

L'oncologia di precisione

«L'oncologia di precisione, una delle più rilevanti innovazioni che sta modificando la prognosi dei pazienti, richiede una caratterizzazione biomolecolare dei tumori, per ottimizzare i risultati delle terapie in termini di efficacia e di risparmio di tossicità – sottolinea **Nicola Normanno**, Past President SIC (Società Italiana di Cancerologia) e Presidente di IQN Path (International Quality Network for Pathology) -. Nel PON mancano riferimenti per sviluppare una governance a livello nazionale e regionale per i laboratori di biologia molecolare e, in particolare, per l'esecuzione dei test di sequenziamento genico di nuova generazione. È

indispensabile definire criteri stringenti per la realizzazione di laboratori di biologia molecolare nell'ambito delle Reti Oncologiche Regionali, che considerino volumi di popolazione, logistica, qualità dei test e piattaforme informatiche. Infine, devono essere organizzati percorsi di collegamento tra le Reti Oncologiche e le attività di ricerca clinica, per favorire l'accesso dei pazienti oncologici alle nuove terapie».

La radioterapia

«Il PON non prevede un piano di aggiornamento del parco tecnologico per la radioterapia, che invece necessita di tecnologie e risorse umane in grado di offrire cure adeguate in tutto il Paese, nel rispetto del principio di equità e per contenere le migrazioni sanitarie che incidono pesantemente sui pazienti e sui caregiver – afferma **Cinzia Iotti**, Presidente AIRO (Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia clinica) -. Nel PON non è definito cosa si intenda per innovazione né si fa cenno ad un piano di investimento che tenga conto dei bisogni del territorio e del contesto in cui le attrezzature più innovative dovrebbero essere collocate. Vi è inoltre la necessità di costituire il circuito delle reti radioterapiche regionali, in grado di monitorare i fabbisogni e l'appropriata distribuzione delle risorse tecnologiche e professionali».

La vita dopo il cancro

«Le persone che vivono dopo una diagnosi di tumore in Italia stanno rapidamente aumentando: dai 2 milioni e mezzo del 2006, il loro numero ha superato, nel 2020, i 3,6 milioni. Quasi un terzo, circa un milione di cittadini, può considerarsi guarito – afferma **Giordano Beretta**, Presidente Fondazione AIOM -. Le linee strategiche, con riferimento alla realizzazione di interventi specifici per la tutela ed il reinserimento lavorativo dei pazienti, dei guariti e dei caregiver risultano ancora generiche. Nel Piano Oncologico non si interviene sulla necessità di promuovere e sostenere l'approvazione da parte del Parlamento di normative a tutela del lavoro per malati e caregiver e sulla richiesta di

una legge sul diritto all'oblio oncologico, per la quale Fondazione AIOM ha promosso una petizione nazionale, che ha già raccolto circa 106mila firme».

La programmazione economica

«Il nuovo scenario impone lo sviluppo e un utilizzo sempre maggiore di appropriati strumenti di programmazione e valutazione economica. Riuscire a disegnare percorsi assistenziali e di accesso alle cure tempestive (accompagnati da una puntuale stratificazione dei pazienti) – dice **Francesco Saverio Mennini**, Direttore EEHTA-CEIS, Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata' e presidente SiHTA – permette una riduzione tanto dei costi diretti quanto dei costi relativi alla spesa previdenziale, senza dimenticare l'obiettivo fondamentale che è rappresentato dal miglioramento dello stato di salute dei pazienti. Un nostro studio recente (EEHTA CEIS Università Tor Vergata) è stato in grado di stimare una spesa annuale per i soli costi diretti ospedalieri pari a oltre 4 miliardi di euro, cui si aggiungono 2,5 miliardi di costi indiretti a carico del sistema previdenziale (spesa assistenziale). L'analisi della mobilità sottolinea ulteriormente la necessità di uno sforzo per appianare le differenze regionali in termini di offerta ospedaliera, prevenzione e medicina territoriale. È necessario che la spesa per programmi di prevenzione e screening torni ai livelli pre pandemia e li superi. L'incremento, infatti, dei costi per l'effettuazione di queste procedure viene comunque largamente compensato da una più efficiente allocazione delle risorse e, soprattutto, da una importante ed evidente riduzione dei costi, sia diretti che indiretti, nel medio-lungo periodo grazie ad una presa in carico precoce seguita da trattamenti efficaci».

FAVO nel futuro

«FAVO è nata nel 2003 – aggiunge **Francesco De Lorenzo** -. In venti anni di attività, in sinergia con le Istituzioni e le società scientifiche, FAVO ha raggiunto traguardi importanti. Ricordiamo, tra gli altri, il diritto dei malati oncologici di poter continuare a lavorare, nel pubblico e nel

privato, attraverso la trasformazione, reversibile, del tempo pieno in part-time, la riduzione da un anno a 30 giorni del tempo necessario per ottenere il riconoscimento della disabilità oncologica, il formale riconoscimento del ruolo delle associazioni dei pazienti nelle Reti Oncologiche regionali a tutti i livelli e il necessario coinvolgimento degli advocacy patient nella attività di ricerca. Questi risultati rappresentano una vera e propria rivoluzione del modo di concepire la malattia oncologica. FAVO ha cambiato la vita dei malati e dei guariti, agendo sulle Istituzioni, sulle organizzazioni professionali e sulle società scientifiche ma, soprattutto, sulla cultura, per cambiarla, dando un contributo determinante al superamento dello stigma 'cancro uguale morte'. La sfida per il futuro – conclude – sarà consolidare questi risultati».

Travolta da auto davanti all'ospedale ma deve aspettare l'ambulanza: muore

La tragedia a Monopoli, dove una 73enne tedesca è stata investita dall'auto di un 20enne

di Daniele Leuzzi È stata investita da un'automobile a poco più di 50 metri dall'ospedale San Giacomo di Monopoli, ma i soccorsi sono arrivati dopo almeno 15 minuti. Erika Burger, 73 anni, cittadina tedesca da lungo tempo residente nella città in provincia di Bari, è morta mentre passeggiava con il proprio cane al guinzaglio: una Peugeot bianca guidata da un 20enne del posto l'ha travolta in via Sant'Anna. Immediato l'allarme lanciato dal giovane automobilista, rimasto sotto shock, ma il 118 era già impegnato per un codice rosso fuori città, a bordo dell'unica ambulanza a disposizione. I carabinieri hanno chiesto l'intervento di alcuni medici e infermieri del pronto soccorso, alcuni fuori servizio, in attesa di un secondo mezzo d'emergenza proveniente da Castellana. Ma da protocollo, anche se in prossimità dell'ospedale, si sarebbe dovuto comunque attendere un mezzo del 118.

Secondo alcuni testimoni, la donna respirava ancora ed è rimasta immobilizzata fino a quando l'ambulanza dell'ospedale di Monopoli è rientrata. L'autista e un collega hanno lasciato l'altro paziente e sono ritornati indietro sul luogo dell'incidente, aiutati anche da un'automedica, però per la 73enne non c'è stato più nulla da fare. Oltre alla tragedia, che ha commosso tutta la comunità, resta la preoccupazione per la scarsità cronica di ambulanze: «In vista dell'estate, con l'approdo di migliaia di turisti, temiamo il riproporsi di queste situazioni estreme. Non sapremo mai se la donna si sarebbe salvata», racconta un cittadino che è accorso dopo l'incidente. Un timore condiviso dal sindaco di Monopoli, Angelo Annese: «Viviamo l'episodio con profonda tristezza, soprattutto nei confronti dei parenti della vittima. Ora bisognerà verificare quelle che sono state le dinamiche precise, e se venisse confermata la lunga attesa sarebbe qualcosa di molto grave. Al momento dobbiamo basarci su una certezza: il soccorso deve arrivare in caso di necessità in modo tempestivo e questo elemento deve essere discusso con i vertici della Asl. Un'area turistica come Monopoli deve avere un presidio sanitario efficace, perché se da un lato è positivo l'approdo di tanta gente e molti stranieri, dall'altro siamo preoccupati per quello che potrebbe accadere. Avevamo già allertato gli organi di competenza».

«Grazie per la tua bontà e disponibilità, quanto amore hai dato agli animali», è la dedica condivisa sui social.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vittima Erika Burger

il caso

Psichiatra aggredita, lettera di 82 medici “Dobbiamo curare, non fare i poliziotti”

di Marina Cappitti “Siamo medici, non poliziotti. Non è più umanamente sostenibile andare a lavoro con la paura di non tornare più a casa o con il rischio di un avviso di garanzia. Non si può continuare così: ora basta”. È mobilitazione a Napoli dopo il caso della psichiatra Daniela Sorrentino minacciata con una pistola nel centro di salute mentale di Secondigliano da un paziente con disturbi della personalità e precedenti penali. Un episodio di violenza che cade a meno di un mese di distanza dall'omicidio di Barbara Capovani, la psichiatra aggredita e uccisa fuori l'ospedale di Pisa da un suo ex paziente. Il sentimento è di «rabbia infinita» e di «frustrazione devastante» ma «non di rassegnazione»: così 82 psichiatri di Napoli e provincia, proprio in seguito all'aggressione della loro collega, scrivono e firmano una lunga lettera perché si inverta immediatamente la rotta. “Da medici siamo stati trasformati in custodi e sorveglianti deputati al controllo sociale. Per qualunque fatto di violenza, di devianza o di disturbo della quiete pubblica le forze dell'ordine e la magistratura chiedono come prioritario l'intervento di psichiatri e infermieri. Siamo chiamati a occuparci di situazioni in emergenza che spesso non ci competono e che non ci vengono riconosciuti né formalmente né economicamente. Lavoriamo in centri di salute mentale incustoditi dove chiunque può accedere liberamente, armato di qualsiasi oggetto e di qualsiasi intenzione, esposti alle azioni violente di chiunque” scrivono citando il caso della psichiatra di Secondigliano. “Non abbiamo deciso quando ci siamo laureati e specializzati di fare i poliziotti: noi, in quanto medici, dobbiamo essere protetti dalla violenza. Non abbiamo scelto di lavorare nel Servizio sanitario nazionale perché volevamo esibirci nelle arti marziali”. Ed invece si è arrivati al punto denunciano - che anche la Sip (Società Italiana di psichiatria) promuove corsi di autodifesa. «Unaproposta che rifiutiamo perché significa legittimare che dobbiamo comportarci da forze dell'ordine e non da medici» sottolinea Anna Formato, psichiatra napoletana di 60 anni, tra le firmatarie. Un anno fa un paziente con disturbo della personalità l'ha scaraventata a terra in un centro di salute mentale. «Ho battuto la schiena e la testa è finita contro un vaso. Per venti minuti - racconta - non ho più sentito il mio corpo dal collo in giù: ho avuto una commozione cerebrale e ho rischiato la paralisi». In seguito ai casi di Barbara e Daniela, gli psichiatri ora chiedono con forza che sia data loro voce. Dopo l'apertura di una chat di cui fanno parte cento psichiatri di Napoli e provincia, ora nasce un coordinamento locale per promuovere gruppi di studio, riflessioni e presentare proposte. «Dopo la scomparsa dei drappelli delle forze dell'ordine, chiederemo che le Asl assicurano la sicurezza nelle strutture. Rappresenterebbe un primo atto concreto di tutela del nostro lavoro e un segnale che non si può entrare indisturbati in una struttura per minacciare i medici» spiega Formato. Gli psichiatri di Napoli e provincia sono anche pronti a scendere in piazza e scioperare. Obiettivo cambiare un certo sistema ma anche una certa cultura. “Siamo arrabbiati - si legge ancora nella lettera - perché si suggerisce un sillogismo tanto automatico quanto falso: malattia mentale sinonimo di violenza e violenza sinonimo di malattia mentale. Non esiste alcun dato scientifico a riprova di questa equivalenza. La violenza non è una prerogativa di un paziente

psichiatrico. Non è una malattia ma un comportamento umano e non essendo una malattia non può essere curata". Pertanto " non spetta agli psichiatri in quanto medici curare la violenza, né proteggere i cittadini da essa. Ci sono le forze dell'ordine, la magistratura e luoghi deputati alla custodia di autori di reati: sono gli istituti penitenziari e non i reparti psichiatrici di cura; non i centri di salute Mentale né le strutture riabilitative. A noi medici si chiede invece non solo di curare qualcosa che non è una malattia, ma di mantenere il controllo dell'ordine sociale e provvedere a custodire gli autori di atti violenti". Non solo la violenza ma a questo si aggiunge anche un altro aspetto. "Siamo ritenuti penalmente responsabili dei reati che queste persone compiono perché esiste per noi psichiatri la posizione di garanzia. Vivendo così col terrore che arrivi un avviso di garanzia".© RIPRODUZIONERISERVATA

Documento dei colleghi di Daniela

Sorrentino, minacciata da un paziente all'interno del centro di salute mentale di Secondigliano

f

Non spetta a noi curare la violenza, né proteggere i cittadini da essa. Ci sono le forze dell'ordine, i magistrati e i luoghi di custodia adatti

g

kStruttura sanitariaIl centro di salute mentale a Secondigliano

Cardarelli, in un reparto pannolone di notte ai pazienti

di Giuseppe Del Bello *Pazienti a dormire col pannolone. Anche se non ne hanno bisogno perché autonomi. Succede in un reparto del Cardarelli dove, all'ora del tramonto, quando scatta il turno notturno del personale parasanitario, ad alcuni ricoverati viene consegnato o applicato quel particolare supporto utilizzato dai malati incontinenti. C'è un problema, però. Che il pannolone non finisce in dotazione solo a chi non è in grado di trattenere i bisogni fisiologici, ma anche a coloro a cui sarebbe sufficiente assicurare un "aiuto". Che può significare due cose: un operatore socio-sanitario che accompagna il degente nel bagno oppure che allo stesso degente "allettato" venga portato il contenitore speciale (conosciuto come pappagallo o padella). « Purtroppo è vero, capisco quanto sia difficile ammetterlo per il personale che si prodiga in maniera ammirevole, però a me è accaduto - dice un ricoverato di una divisione chirurgica - Ma è comunque intollerabile. Ho reagito quando mi hanno portato il pannolone, spiegando che non ne avevo bisogno. La risposta? Eccola: " mi spiace, ma nessuno può accompagnarla nel bagno, quindi..."».*

All'inutile umiliazione si aggiunge poi un ulteriore disagio: il pannolone non viene sostituito all'accorrenza ma soltanto il giorno successivo, con le immaginabili conseguenze di una "sosta" prolungata che non giova all'igiene ed è anche a rischio di piaghe e infezioni.

Ma come è possibile che proprio il Cardarelli, primo ospedale del Sud che conta tante eccellenze e si distingue, insieme all'Ospedale del Mare, per la sua capacità a dare risposte complete alle esigenze assistenziali, scivoli in una condizione così degradante e lesiva della dignità dei suoi ricoverati? E basta la secca giustificazione addotta dalle istituzioni locali che rinviano le responsabilità al governo centrale?

La protesta non è rimasta confinata in corsia, ma formalizzata con una segnalazione e richiesta di risposta alla direzione sanitaria dell'Azienda. Risposta che non è mai arrivata. « Basta con queste scuse, perché tali sono – allarga le braccia sconsolato uno specialista – che il personale sia ridotto all'osso è storia vecchia, ma ripeterlo non serve, mentre cronicizza una condizione che rischia di incancrenire una sanità già tanto penalizzato. A questo punto andrebbero adottate iniziative straordinarie anche per gli operatori socio-sanitari». Quali? «Per esempio, - risponde il medico - ma non è la prima volta che l'ipotesi viene suggerita, si dovrebbe attingere, come già fanno le Asl per medici e infermieri, da graduatorie di vecchi concorsi per questa categoria di lavoratori dove risultano centinaia di idonei pronti a entrare in servizio». Commenta Bruno Zuccarelli, presidente dell'Ordine dei Medici e segretario regionale Anaa: «Quando si è in emergenza e bisogna implementare risorse umane, diventa un obbligo ricorrere a qualsiasi strumento legittimo, e l'utilizzazione delle graduatorie è sicuramente la procedura più rapida e percorribile. Ci auguriamo che si opti per questa soluzione».

© RIPRODUZIONERISERVATA

Manca il personale In una divisione di chirurgia trattamento anche per chi non è allettato. L'Anaa: " Assumere gli idonei in graduatoria"

Il caso L'ospedale Cardarelli

Intervista al sindaco di Palermo

Lagalla

“Dico sì alle nozze arcobaleno ma non registro i figli”

di Miriam Di Peri **Sì al matrimonio per le coppie Lgbtq+. No alla gestazione per altri. Sì all'affidamento di minori a coniugi arcobaleno. Il sindaco Roberto Lagalla entra nel dibattito sui diritti civili. Chiude alcune porte, ne apre delle altre.**

L'anagrafe di Palermo non consente la registrazione di due genitori dello stesso sesso.

«Ho incontrato le famiglie arcobaleno sia in campagna elettorale che dopo. È stato uno degli incontri cui ho dedicato i primi momenti della mia vita da sindaco».

Quella del Pride 2022 è stata la sua prima uscita da sindaco.

«Sì. Non ho la pretesa di essere originale nel parlare di diritti, dal momento che condivido le parole del presidente della Repubblica e della premier sul tema dell'inalienabilità dei diritti sulla propria vita personale e sui rapporti tra generi».

Non crede che questi diritti passino da quello di registrare due genitori dello stesso sesso?

«Alle famiglie arcobaleno ho rappresentato sempre un tema, che è quello del valore formale e dell'aderenza normativa di questa trascrizione. Purtroppo, l'Italia ha un'avacatio legissu questo tema e sia gli ufficiali dello stato civile sia i dirigenti si rifiutano di aderire a questo tipo di richieste, proprio perché non c'è sul tema una presa di posizione politica che attiene allo Stato centrale e non all'autorità territoriale».

In passato al Comune le coppie omogenitoriali sono state trascritte, altrove si fa.

«Il precedente sindaco aveva ritenuto di poter bypassare il tema, ma poi ha dovuto recedere perché l'azione amministrativa va compiuta attraverso i canali normativamente previsti. Sul piano personale non si discute, ma sul piano formale e sostanziale la questione va risolta a livello centrale».

Al di là delle regole, qual è la sua opinione sul tema?

«Che questo argomento deve costituire oggetto di grandissima attenzione. Non credo che nessuno si possa ergere a giudice né a portatore di verità assolute. Anche qui vanno messe delle regole e non escluderei che possano riguardare la regolamentazione dell'affidamento a due persone dello stesso sesso. Senza cadere negli eccessi».

Sì o no al matrimonio tra persone dello stesso sesso?

«Sono molto confortato dalle dichiarazioni dei vertici dello Stato in questo senso: non ritengo sianoparole di maniera, ma di volontà politica vera. Sono molto confortato dal richiamo alla obbligatoria tutela dei diritti

che arriva anche dai vertici del governo su una materia che attiene alla libera scelta delle persone e che credo debba uscire da momenti di ambiguità».

Anche perché non parliamo di forma, ma di sostanza. Di genitori non riconosciuti dallo Stato e che hanno bisogno di un permesso per prendere il figlio a scuola o avere informazioni sul suo stato di salute in ospedale.

«Ho grandissimo rispetto per tutto ciò che attiene alla carne viva delle persone e alla vita che ciascuno porta sulla propria pelle. Le istituzioni devono sempre più immedesimarsi in situazioni che già oggi convivono con noi. D'altronde questo Paese si è già trovato in passato davanti a soluzioni scomode che ha avuto il coraggio di adottare. Penso al divorzio, ma anche alla legge sull'aborto. La società non è implosa a seguito di quelle grandi scelte, che richiamano oggi la politica ad adottare altre scelte decise».

La sua vice Carolina Varchi ha presentato un disegno di legge per rendere universale il reato di gestazione per altri. È d'accordo?

«Per chi come me è cattolico e praticante, l'idea della gestazione per altri pone un problema etico che non mi trova aderente a chi invece sostiene questa pratica».

Andrà al Pride?

«Sì, non ho mai fatto mancare la mia presenza in un momento in cui il Comune deve mostrare vicinanza e rispetto di tutte le sensibilità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA*L'iscrizione dei bimbi all'anagrafe deve essere risolta da una norma nazionale lo però sono favorevole all'affido di minori a coppie omo Andrò al Pride*

Centrista

Roberto Lagalla sindaco di Palermo dal giugno 2022 Esponente dell'Udc, guida una giunta di centrodestra

TUMORE AL SENO: VERSO L'ANTICIPO DELLA MAMMOGRAFIA A 45 ANNI

Venerdì 19 Maggio - 2023 | Di Giorgia Görner Enrile | Categorie: News Ed Eventi



Si pensa ad un **Piano Oncologico Nazionale** che preveda una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico.

Tra gli obiettivi strategici, il Piano indica di aumentare l'estensione e l'adesione ai programmi rivolti alla popolazione target. In particolare l'allargamento della fascia d'età per lo screening mammografico dai 45 anni e non dai 50.

Inoltre si vuole porgere una maggiore attenzione ai gruppi vulnerabili, nonché di identificare precocemente i soggetti a rischio per storia familiare.

Ogni anno in Italia vengono diagnosticati circa 55 mila casi di tumore del seno, con oltre 12 mila decessi. Inoltre, la fascia d'età dei pazienti tende ad abbassarsi. Abbassare l'età dello screening gratuito a 45 anni permetterebbe di diagnosticare il tumore sotto il centimetro, dando, così, la possibilità di sconfiggerlo con una probabilità del 90%.

"Il Piano oncologico, partendo dalla centralità del malato punta inoltre a ridurre le disuguaglianze nell'accesso agli interventi di prevenzione e di cura". A

dichiararlo è il ministro **Orazio Schillaci**.

“Ciò richiede il pieno funzionamento delle reti oncologiche regionali su tutto il territorio nazionale – prosegue –, non da ultimo per assicurare al meglio la continuità assistenziale nella fase post-intervento, per i controlli di follow-up, dentro percorsi per i quali è fondamentale l'attività dei centri di senologia e su cui un contributo fondamentale arriva proprio dal mondo delle Associazioni”.



XXVII Congresso Nazionale CIPOMO, i primari oncologi ospedalieri riuniti a La Spezia delineano l'oncologia del futuro

I presidenti del Congresso: «Momento di raccordo tra i traguardi raggiunti e le nuove sfide che per il futuro»

di Redazione



«Questo Congresso vuole essere un momento di raccordo tra i traguardi raggiunti fino ad oggi e le nuove sfide che dobbiamo porci per il futuro per il benessere dei nostri pazienti. L'evoluzione dell'oncologia, grazie ai progressi della ricerca, della diagnostica e delle terapie, ha fatto aumentare in modo esponenziale il numero di pazienti guariti o con **malattia cronicizzata** che oggi hanno bisogno di assistenza che, a seconda delle diverse fasi della malattia, si differenzi nei tempi, nei modi e nei luoghi di cura».

Così **Carlo Aschele, Monica Giordano e Luigi Cavanna**, Presidenti del **XXVII Congresso Nazionale CIPOMO**, il **Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri**, dal titolo “**L’Oncologia tra i successi di oggi e i traguardi di domani**” che si inaugura oggi a La Spezia. **Carlo Aschele** è anche Direttore Dipartimento Oncologico ASL 5 Liguria (La Spezia) e Consigliere Nazionale CIPOMO, **Monica Giordano** è Direttore SC Oncologia Ospedale Sant’Anna (Como) e Segretario Nazionale Cipomo, **Luigi Cavanna** è l’attuale Presidente CIPOMO.

Nuove opportunità e nuove sfide

L’appuntamento testimonia inoltre ancora una volta l’impegno degli oncologi perché aumenti la qualità dell’assistenza a 360 gradi: «I nuovi farmaci continuano a dare sempre maggiori opportunità di cura. Ma la complessità dei trattamenti – **specifica Aschele – richiede competenze specialistiche e iper-specialistiche sempre più raffinate, gestione rapida dei possibili effetti collaterali, anche con posti di degenza dedicati, capacità decisionali e tempismo. Inoltre, l’aumento dei tassi di cronicizzazione e guarigione moltiplica il numero dei controlli da eseguire e rende difficile concentrare tutte le attività all’interno degli ospedali. Oggi è quindi fondamentale che i professionisti siano preparati anche sul piano organizzativo, umano e relazionale».**

L’importanza del fattore umano

Il rapporto medico-paziente, la valorizzazione della fragilità e l’umanizzazione delle cure saranno infatti al centro del Congresso perché “distanza” e “lacune comunicative” scoraggiano pazienti e *caregivers*: «L’assenza di empatia provoca disorientamento e spesso mancanza di aderenza alle terapie con successivo aggravamento delle condizioni del paziente e compromette potenzialmente anche le possibilità di trattamento» **commenta Monica Giordano.**

Rimodulare l'organizzazione sanitaria

Alla grande soddisfazione per i progressi medico-scientifici che garantiscono ai pazienti un aumento dell'aspettativa e della qualità di vita si affianca l'esigenza di rimodulare l'organizzazione dell'offerta sanitaria oncologica tra i vari *setting* assistenziali oggi disponibili: «Nel continuum del percorso oncologico, segnato da una alternanza di fasi di 'acuzie' e di 'stabilità' (cronicità) – sottolinea **Luigi Cavanna**, Presidente CIPOMO – è necessario coniugare attività iper specialistiche in ambito ospedaliero con attività a minore intensità assistenziale offerte sul territorio in prossimità del domicilio del paziente, inquadrare in una programmazione terapeutica senza soluzione di continuità con l'ospedale. Per questo ci stiamo adoperando per favorire non solo l'integrazione tra ospedale e territorio ma anche la cooperazione con IRCCS, Università e associazioni dei pazienti, per sostenere la ricerca clinica diffusa nei territori ove si curano i malati e per rispondere al meglio ai loro bisogni. Una delle sessioni del Congresso infatti è dedicata al primo incontro con i rappresentanti della FAVO».

Le novità in ambito clinico

Sul piano clinico, sono numerosissime le novità:

«Fondamentalmente i trattamenti diventano sempre più smart – **spiega il Presidente Aschele** – per questo abbiamo voluto dedicare a questo tema una sessione ad hoc. Per esempio, le **chemioterapie** precauzionali che permettono, in molti pazienti, di ridurre le ricadute dopo l'asportazione chirurgica di un tumore – ma con il grosso limite di essere applicate empiricamente solo sulla base di un calcolo statistico del rischio di recidiva – potrebbero essere indirizzate in modo mirato ai pazienti che hanno residui microscopici di malattia dopo l'intervento chirurgico, sfruttando tecniche che consentono oggi di misurare il DNA tumorale circolante con un esame del sangue (biopsia liquida) come 'spia' della effettiva presenza di malattia residua. Questo non solo eviterebbe possibili effetti collaterali su pazienti completamente guariti

(anche a livello molecolare) già con il solo intervento chirurgico, ma potrebbe potenzialmente aumentare l'efficacia delle terapie stesse. Anche la scelta della terapia per i pazienti metastatici – **aggiunge** – non dipende più solo dai risultati istologici ma anche e soprattutto dalla carta di identità molecolare del tumore, con conseguenti eclatanti miglioramenti in fatto di efficacia e di riduzione della tossicità».

I progressi della ricerca

I nuovi farmaci, nell'ultimo anno, hanno rivoluzionato il trattamento delle neoplasie gastrointestinali, del polmone, rene, prostata, del distretto testa-collo e quelle femminili, dal tumore alla mammella a quello di endometrio, cervice uterina e ovario, come conferma Monica Giordano: «Grazie ai progressi della ricerca, sono stati ottenuti risultati straordinari in tutte le principali neoplasie solide: ad esempio, nei tumori con un difetto genetico dei meccanismi di riparazione del DNA, con un **trattamento immunoterapico** di pochi mesi si può ottenere una completa regressione di tumori altrimenti incurabili o curabili solo con interventi chirurgici demolitivi, abbinati a radio e chemioterapia. Ciò rende necessario che tutti i pazienti sul territorio nazionale abbiano pari opportunità di accesso a diagnostiche innovative anche di tipo molecolare – che aprono le porte a questi trattamenti – e che gli oncologi abbiano le competenze, la sensibilità e la motivazione per implementarle». «Le nuove opportunità di cura rendono infine ancora più importanti la tempestività della diagnosi e dell'accesso a percorsi di presa in carico multidisciplinare su tutto il territorio nazionale, anche per pazienti con malattia avanzata, per non perdere le chances di trarre beneficio dai trattamenti oggi disponibili» **conclude Carlo Aschele.**

Sclerosi multipla, svelato il mistero della «parentela» con il virus della mononucleosi

Che esista una correlazione tra il virus responsabile della mononucleosi e la sclerosi multipla lo si è ipotizzato per lungo tempo. Ora un nuovo studio del Karolinska Institutet, in Svezia, non solo ha confermato questa teoria, ma ha spiegato anche i meccanismi sottostanti di questa pericolosa «parentela». Lo studio è stato pubblicato sulla rivista *Science Advances*

di Valentina Arcovio



Che esista una correlazione tra il virus responsabile della **mononucleosi** e la **sclerosi multipla** lo si è ipotizzato per lungo tempo. Ora un nuovo studio del **Karolinska Institutet**, in Svezia, non solo ha confermato questa teoria, ma ha spiegato anche i meccanismi sottostanti di questa pericolosa «parentela». Lo studio, pubblicato sulla rivista *Science Advances*, ha osservato che alcuni individui hanno anticorpi contro il virus che attaccano erroneamente una **proteina nel cervello** e nel midollo spinale.

Alcuni anticorpi contro il virus EBV possono colpire erroneamente cervello e midollo

Il **virus Epstein-Barr** (EBV) infetta la maggior parte delle persone nelle prime fasi della vita e poi rimane nel corpo, di solito senza causare **sintomi**. Ci sono sempre più evidenze scientifiche le quali suggeriscono che l'**infezione da EBV** precede la sclerosi multipla e che questo legame dipenda dagli anticorpi contro il virus. «La sclerosi multipla è una malattia incredibilmente complessa, ma il nostro studio fornisce un pezzo importante del puzzle e potrebbe spiegare perché alcune persone la sviluppano», afferma **Olivia Thomas**, ricercatrice post-doc presso il Dipartimento di Neuroscienze Cliniche del Karolinska Institutet e co-autrice dello studio. «Abbiamo scoperto che alcuni anticorpi contro il **virus Epstein-Barr**, che normalmente combatterebbero l'infezione, possono colpire erroneamente il cervello e il midollo spinale e causare danni», aggiunge.

Dagli anticorpi «incriminati» potrebbero dipendere fino a un quarto dei casi di sclerosi multipla

Per arrivare a queste conclusioni i ricercatori hanno analizzato campioni di sangue di oltre 700 pazienti con sclerosi multipla e di 700 individui sani. Hanno così scoperto che gli anticorpi che si legano a una proteina nel **virus Epstein-Barr**, chiamata EBNA1, possono anche legarsi a una proteina simile nel cervello e nel **midollo spinale** chiamata CRYAB, il cui ruolo è prevenire l'**aggregazione proteica** durante condizioni di stress cellulare come l'infiammazione. Questi anticorpi cross-reattivi indirizzati male possono danneggiare il **sistema nervoso** e causare gravi sintomi, inclusi problemi di equilibrio, mobilità e affaticamento. Gli anticorpi erano presenti in circa il 23% dei pazienti con **sclerosi multipla** e nel 7% degli individui del gruppo di controllo. «Questo dimostra che, sebbene queste risposte anticorpali non siano sempre

necessarie per lo sviluppo della malattia, possono essere coinvolte nella malattia in fino a un quarto dei pazienti con **sclerosi multipla**», afferma Thomas.

Contro la sclerosi multipla servono terapie personalizzate

«Questo dimostra anche l'elevata **variazione tra i pazienti**, evidenziando la necessità di **terapie personalizzate**», sottolinea Thomas. «Le attuali terapie sono efficaci nel ridurre le **ricadute** nella sclerosi multipla, ma sfortunatamente nessuna può impedire la **progressione della malattia**», aggiunge. I ricercatori hanno anche scoperto che esiste probabilmente una reattività crociata simile tra le cellule T del sistema immunitario. «Ora stiamo espandendo la nostra ricerca per studiare come le cellule T combattono l'infezione da EBV e come queste cellule immunitarie possono danneggiare il **sistema nervoso** nella sclerosi multipla e contribuire alla progressione della malattia», conclude **Mattias Bronge**, ricercatore del Karolinska Institutet e altro autore dello studio.



Ricercatori italiani stanno studiando un metodo che ci dirà in ogni momento della vita, con un semplice valore numerico, la reale “età biologica” di un individuo incrociando dati genetici e clinici. Alla conferenza strategica della SIBioC - Medicina di Laboratorio (Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica) il 21 e 22 maggio a Roma - che precederà il congresso mondiale EuroMedLab e Worldlab 23 - interverrà il prof. Franco Salvatore, ricercatore napoletano di fama mondiale, autore di un approccio innovativo al problema dell'invecchiamento



Napoli, 18 maggio 2023 - Avere un'età avanzata non significa necessariamente essere vecchi. A dirlo non sono più solo filosofi ottimisti ma medici, biologi, genetisti. “Il tempo - dice Franco Salvatore, biochimico di fama mondiale, Professore Emerito di Biochimica umana all'Università Federico II di Napoli, presidente del prestigioso istituto Ceinge - Biotecnologie Avanzate - non è di per sé una causa di malattie e di alterazioni morbose che si verificano nel nostro organismo; sono semmai queste malattie che, quando si sviluppano, ci rendono dei vecchi. In altre parole, se noi riusciamo a prevenire in modo efficace, attivo e personalizzato le malattie, possiamo arrivare a tarda, tardissima età con una efficienza fisica e mentale molto prossima a quella di una persona giovane”. Un nuovo paradigma

sull'invecchiamento, insomma.

Le prove? Al di là della semplice osservazione di come negli ultimi 150 anni l'aspettativa di vita sia più che raddoppiata grazie a migliori condizioni igieniche e ai progressi della medicina, ci sono vari studi scientifici che evidenziano come, agendo sull'ambiente, aumenti la durata della vita in ottima salute. Per esempio quello di Colman e collaboratori, durato vent'anni e pubblicato sulla rivista scientifica internazionale *Science*, su due gruppi di scimmie Rhesus.

Un gruppo veniva nutrito con un regime a basse calorie (ma non troppo scarse); il secondo lasciato libero di alimentarsi normalmente. Nel gruppo sottoposto a restrizione calorica si è vista, nel tempo, un'importante diminuzione dell'incidenza di malattie associate all'invecchiamento (diabete, cancro, problemi cardiovascolari, atrofia cerebrale) e un prolungamento della vita media: a 32 anni di età erano vive e sane l'80% delle scimmie sottoposte a restrizione calorica mentre delle altre era sopravvissuto (meno bene) il 50%. Notare che questo risultato è stato ottenuto solo facendole mangiare meno, mentre sono ben più numerosi i fattori ambientali che influenzano lo stato di salute.

“Per quanto riguarda l'uomo - prosegue il prof. Salvatore - sono stati fatti numerosi studi negli ultimi 20 anni e tutti ci dicono che invecchiare male non dipende, se non in minor parte, dai geni. Lavori effettuati su gemelli monozigoti con lo stesso Dna, dimostrano che le probabilità di una vita breve o lunga, o il rischio di sviluppare un cancro, dipendono solo per il 25% dal corredo genetico. Per il 75% influiscono alimentazione, esercizio fisico, regole igieniche, prevenzione, ambiente eccetera. Addirittura, un recente e vastissimo studio pubblicato sulla rivista scientifica *Genetics* dimostra come la longevità dipende solo per il 10% e forse meno da fattori genetici ereditari. E più prudentemente due colleghi, Paola Sebastiani e Tom Perls della Boston University ritengono dai loro studi su famiglie con almeno un centenario, che sulla longevità i geni ereditati influiscono non più del 33 o 48%”.

Basta dunque banalmente muoversi e mangiare saggiamente per diventare centenari in gran forma? Conta, ma non è tutto qui. Un corredo genetico con mutazioni “cattive” (come quello famosissimo di Angelina Jolie) non determina necessariamente una vita breve o un cancro o altre malattie, ma può comunque incidere. Ma molto di più contano, come si è detto, ambiente, abitudini di vita eccetera.

Per governare tutta questa situazione, per restare liberi da malattie “invecchianti” la cosa più importante è sapere, passo dopo passo, ad ogni età della vita, come tutti questi fattori ambientali e genetici si riflettono nel nostro stato di salute. In modo da prendere provvedimenti - conoscendo i nostri potenziali punti deboli - non appena qualcosa accenna ad andare storto.

E qui nasce l'idea dello "score", ovvero di un punteggio che combinando i dati rivelati dalla medicina di laboratorio e da altre tecniche diagnostiche con il nostro corredo genetico e con il nostro ambiente/stile di vita, possa in ogni momento dirci, con una grandezza misurabile, come stiamo. Ovvero quanto il nostro organismo è efficiente. Indipendentemente dall'età.

“A questo stiamo lavorando al Ceinge - dice il prof. Salvatore - È, come si può immaginare, un progetto estremamente complesso. Per arrivare allo score, bisogna costruire una sorta di cartella clinica evolutiva, come l'ha definita qualcuno, un protocollo. La base di partenza è un inquadramento di ogni individuo intorno ai 18-20 anni che comprenda in primo luogo l'analisi del genoma individuale, o per lo meno di una parte di esso, cioè alcune migliaia di geni implicati nell'origine delle malattie. E questa è medicina predittiva. Dopodiché, ecografie alle principali strutture dell'organismo, alcune valutazioni neurologiche e comportamentali. E soprattutto circa 50 test di medicina di laboratorio. Test che misurano la funzionalità dei principali organi e apparati dell'organismo e costituiscono la base per fare medicina preventiva. Tutti questi dati, che costituiscono un complesso profilo biologico individuale di una persona, dovrebbero essere combinati e sintetizzati in un valore numerico, lo score appunto. Un valore numerico che esprima lo stato di salute. Ripetendo periodicamente lungo tutta la vita queste indagini potremmo avere in ogni momento uno indicatore capace di dirci che cosa va bene e che cosa invece presenta imperfezioni o deviazioni da correggere, nel nostro organismo. Insomma, una prevenzione primaria e secondaria ultrapersonalizzata, basata su dati certi ricavati da esami di laboratorio o strumentali. La parte più difficile, più impegnativa di questo lavoro è proprio concatenare e combinare tutti questi dati per arrivare al famoso score. Un'impresa che sta coinvolgendo ricercatori ed esperti in diversi settori della medicina, della biologia e non solo. Ma non ne siamo lontanissimi. E a scanso di equivoci sia chiaro: non parlo di sogni impossibili ma, come ho già scritto altrove, di ottima manutenzione sempre e continua per tutta la vita, e alla fine una morte subitanea senza malattie e senza sofferenza. Che, sempre per restare con i piedi per terra, per ora è una speranza, non una certezza, sia chiaro”.

Un progetto di vastissimo respiro che potrebbe avere grandi ripercussioni non solo nel modo di praticare la medicina ma anche sulla società, sull'economia sanitaria e non, e soprattutto sulla qualità di vita di un gran numero di persone.

Il prof. Salvatore aggiornerà sui suoi avanzamenti in occasione della Conferenza Strategica della SIBioC - Medicina di Laboratorio (Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica), il 20-21 maggio a Roma. Conferenza che precederà il Congresso Mondiale EuroMedLab – Worldlab 23.



Dott.ssa Elena Sommariva, ricercatrice Centro Cardiologico Monzino: “Il nostro studio dimostra per la prima volta che anche le cellule stromali da paziente con Cardiomiopatia Aritmogena mostrano alterazioni spontanee nei livelli di calcio rispetto alle cellule di un soggetto sano”



Milano, 18 maggio 2023 - I farmaci comunemente usati per modulare il calcio potrebbero essere efficaci nella cura della Cardiomiopatia Aritmogena, la malattia genetica cardiaca che colpisce soprattutto i giovani e gli atleti: lo rivela uno studio coordinato dal Centro Cardiologico Monzino e finanziato dalla Fondazione Giacomo Ponzone, recentemente pubblicato sul prestigioso *Journal of Translational Medicine*.

La Cardiomiopatia Aritmogena (ACM) si manifesta con una progressiva disfunzione cardiaca e aritmia cioè irregolarità del ritmo cardiaco, portando, nei casi più gravi, alla morte improvvisa. È la tragica storia di giovani atleti come Davide Astori o Piermario Morosini o persone meno famose, come Giacomo Ponzone, a cui è intitolata la Fondazione che finanzia questo progetto.

Ad oggi non esiste una cura per l'ACM, ma solo dei metodi di “supporto” (come l'impianto nel paziente

del defibrillatore) che impediscono alle aritmie di diventare letali. Da qui l'importanza di capire il meccanismo che altera le cellule del cuore "impazzito" per poter intervenire all'origine della patologia.

Il team coordinato dal Laboratorio di Biologia Vascolare e Medicina Rigenerativa del Centro Cardiologico Monzino e formato da ricercatori di diversi centri, quali l'Università di Pavia, l'Università di Milano-Bicocca e la New York University, si è concentrato sullo studio del disequilibrio del calcio, che è un meccanismo noto di scompenso cardiaco, ad oggi poco correlato all'ACM.

Una disfunzione nella regolazione del contenuto di calcio nella cellula, dimostrata principalmente in modelli animali, è stata descritta solo come meccanismo che influisce sul rischio aritmico nei cardiomiociti dei cuori malati di ACM. Il cuore è infatti caratterizzato da due tipi principali di cellule: i cardiomiociti, che adempiono ad un ruolo funzionale, di contrattilità, e le cellule stromali, che superano i cardiomiociti in numero nel cuore e che fungono da "supporto". I ricercatori hanno analizzato la gestione del calcio nelle cellule stromali, in cui non era ancora noto se questi meccanismi influenzassero il comportamento cellulare nel contesto ACM.

"Il nostro studio dimostra per la prima volta che anche le cellule stromali da paziente con ACM mostrano alterazioni spontanee nei livelli di calcio rispetto alle cellule di un soggetto sano. La deregolazione della normale omeostasi del calcio contribuisce all'aumentata capacità di differenziamento in adipociti (cellule adipose) e miofibroblasti (responsabili della fibrosi) delle cellule stromali cardiache, promuovendo così un rimodellamento anomalo del tessuto cardiaco, caratteristico dei cuori con ACM. Da un lato infatti un cuore "grasso", cioè ricco di cellule adipose, non conduce gli stimoli elettrici e dall'altro un cuore "fibrotico" si contrae meno. Il differenziamento anomalo delle stromali ACM era già stato osservato in studi precedenti, ma non ne conoscevamo il meccanismo. Ora abbiamo capito che alla base di questo processo patologico c'è l'alterazione dei livelli di calcio, aprendo la via ad un possibile approccio terapeutico" spiega Elena Sommariva, ricercatrice Monzino e coautrice della pubblicazione.

"Con questa ricerca abbiamo fornito una prova di concetto che dei farmaci modulatori del calcio potrebbero essere efficaci contro la Cardiomiopatia Aritmogena - commenta Angela Serena Maione, ricercatrice Monzino e prima firmataria del lavoro - Agendo farmacologicamente sulle proteine che regolano il contenuto di calcio nelle cellule stromali, abbiamo ottenuto una riduzione del differenziamento fibro-adipogenico. In particolare, abbiamo dimostrato l'efficacia del farmaco Flecainide, già in uso in clinica per il trattamento delle aritmie (e quindi attivo sui cardiomiociti), sul differenziamento fibro-adipogenico. Complessivamente, i nostri risultati estendono le conoscenze sulla disregolazione del calcio nella cardiomiopatia aritmogena al compartimento cellulare stromale, come meccanismo causativo delle loro alterazioni. Dimostrano inoltre una nuova modalità d'azione della Flecainide su un nuovo bersaglio terapeutico".

SANITÀ

Al Cto mancano i medici, ambulatorio d'ortopedia aperto solo due giorni: "Mio figlio non ha potuto togliere il gesso"

La segnalazione di una lettrice a PalermoToday: "Eravamo prenotati da due settimane, nessuno ci ha avvisato che la visita era saltata". La replica dell'ospedale: "Tutti gli appuntamenti sono stati spostati. Difficoltà dovute a dimissioni improvvise e pensionamenti, priorità alla sala operatoria"

**Daniele Ditta**

Giornalista Palermo

19 maggio 2023 07:39



Il Centro traumatologico ortopedico di viale del Fante

Al Cto mancano i medici e l'ambulatorio di ortopedia da questa settimana è aperto solo il martedì e il giovedì.

Una situazione che sta provocando non pochi disagi fra gli utenti. Diverse visite prenotate prima del 15 maggio sono saltate e c'è chi lamenta di non essere stato avvisato.

"Mercoledì - segnala una lettrice a *PalermoToday* - mio figlio non ha potuto effettuare la visita ortopedica per la rimozione del gesso. Eravamo prenotati da due settimane, al pari di altre persone, nessuno però ci ha avvertito dei nuovi giorni di ricevimento. Lo abbiamo appreso da un avviso affisso sulla porta dell'ambulatorio. Essendo

già trascorso un mese dalla frattura ho dovuto provvedere privatamente a togliere il gesso a mio figlio, anche se mi era stato proposto di riprogrammare la visita".

CTO-ortopedia

"Mio figlio - prosegue il racconto - si è dovuto assentare da scuola, in un periodo caratterizzato da verifiche disciplinari giornaliere, e io genitore ho dovuto rimandare impegni lavorativi perché al Cto le visite sono solo mattutine. Non è stato neppure possibile ottenere un'attestazione che confermasse l'impossibilità di effettuare il controllo medico, per motivi dipendenti dalla struttura, perché l'addetta all'accettazione non è autorizzata a rilasciare informazioni. C'erano pazienti anziani e altri in attesa d'intervento tutti prenotati da tempo. Nessuno dei presenti mercoledì è stato preventivamente avvisato".

Punto quest'ultimo contestato dall'ospedale. Dice Ilaria Dilena, direttore sanitario dei presidi di Villa Sofia-Cervello: "Il primario dell'Unità operativa di Ortopedia ha delegato un suo operatore a informare chi era in agenda, al fine di spostare gli appuntamenti". Resta il fatto della carenza dei medici: "Le dimissioni improvvisate di un medico e il pensionamento di altri due dottori, obbligati a smaltire le ferie arretrate - spiega Dilena - ha costretto il primario a limitare le attività ambulatoriali, dando priorità alla sala operatoria. La rimozione di un gesso non è un'urgenza".

Dilena, con molta onestà, non nasconde le difficoltà organizzative e ripone le speranze sulle assunzioni già programmate: "Il mese scorso è stato bandito il concorso per reclutare nuovi ortopedici. Ci vorrà del tempo. I tempi di una procedura concorsuale".

ASP e Ospedali

L'inaugurazione

Asp di Siracusa, al via la Banca del latte umano donato

La quarta in Sicilia, è ospitata al primo piano dell'ospedale Umberto I in locali (ex Direzione sanitaria) ristrutturati ed adeguati con arredi e apparecchiature donati.

🕒 **Tempo di lettura:** 6 minuti



19 Maggio 2023 - di [Redazione](#)

-14%



Deambulatore,
pie...

Scooter
elettrico...

Carrello spesa de...

€ 119,95

Sedia a rotelle
p...

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

L'Asp di Siracusa ha inaugurato questa mattina nell'ospedale Umberto I di Siracusa la Banca del Latte Umano Donato, la quarta in Sicilia. Il servizio è ospitato al primo piano dell'ospedale di Siracusa in locali (ex Direzione sanitaria) ristrutturati ed adeguati con arredi e apparecchiature donati dal Rotary Club Siracusa Monti Climiti e da Isab-Lukoil con la partecipazione attiva dell'Associazione Gruppo Mamme Siracusa. A benedire i locali, dopo il taglio del nastro, è stato il cappellano dell'ospedale Frate Gabriele.



€ 79,95

€ 119,95

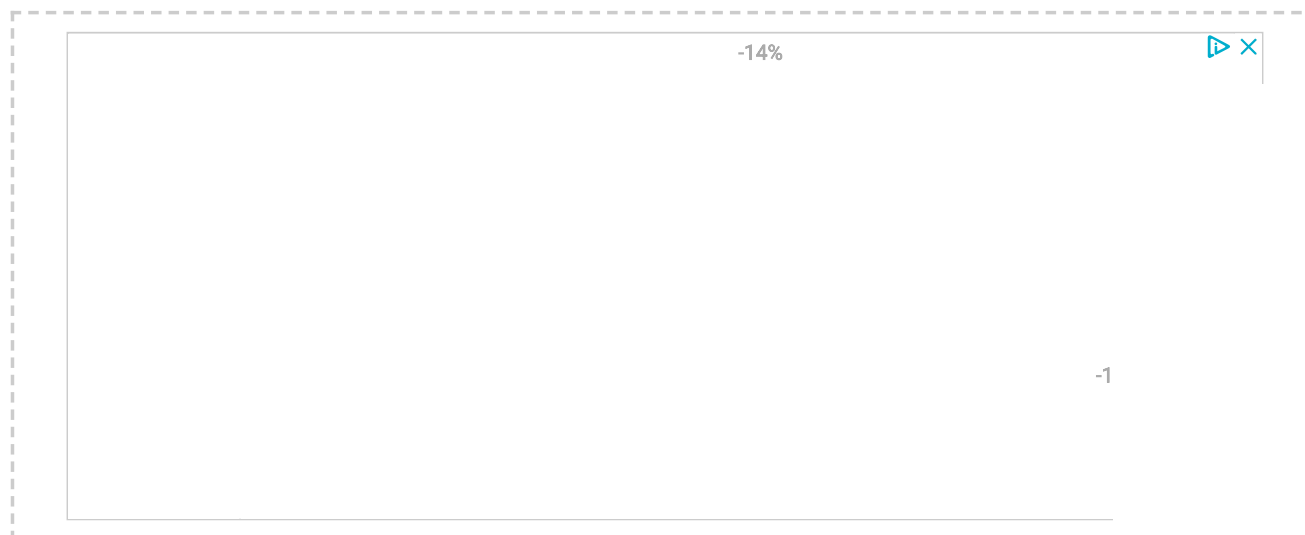
€ 79,95

€ 1 226,08

€ 54,95

A condurre la cerimonia di inaugurazione è stato il direttore del reparto UTIN e Neonatologia Massimo Tirantello, alla presenza del prefetto di Siracusa Giuseppa Scaduto, del presidente nazionale delle Banche del Latte Umano Donato Guido Moro, del direttore del Dipartimento Materno Infantile Antonino Bucolo, del presidente del Rotary Club Siracusa Monti Climiti Silvia Margherita, del vice direttore generale delle Risorse Umane dell'Isab Claudio Geraci e della presidente del Gruppo Mamme Siracusa Concita Nucifora. Presenti numerosi rappresentanti delle associazioni, operatori sanitari, pediatri di famiglia, cittadini.

“Oggi è una giornata importante – ha detto in apertura il commissario straordinario dell'Asp di Siracusa Salvatore Lucio Ficarra – e ringrazio tutti gli intervenuti, sua eccellenza il prefetto di Siracusa che ci onora sempre della sua presenza, il professore Moro, l'Isab, Il Rotary, l'Associazione delle mamme e tutti gli operatori sanitari che ci hanno consentito, con grande spirito di collaborazione ed in perfetta sinergia, di raggiungere questo importante traguardo, istituendo un servizio utile per tutte le famiglie della provincia di Siracusa. L'istituzione di questo servizio unito a tutte i provvedimenti che abbiamo adottato, dalla istituzione di nuovi servizi, alle nomine dei primari e di responsabili di Strutture semplici, agli incarichi di funzione, rappresenta per questo ospedale un importante salto di qualità che ci aspettiamo a beneficio della popolazione”.



“Grazie a tutti coloro che hanno collaborato con la Direzione dell'Azienda sanitaria per il raggiungimento di questo importantissimo obiettivo – ha detto il prefetto di Siracusa Giuseppa Scaduto – e un grazie in anticipo lo rivolgo soprattutto alle donne che daranno questo contributo di solidarietà donando il proprio latte per migliorare lo standard di salute della collettività. Esprimo inoltre il mio particolare apprezzamento per la collaborazione che registro in questa provincia tra pubblico e privato che fa raggiungere splendidi risultati”.

Il direttore sanitario Salvatore Madonia ha sottolineato l'importanza di una Banca del Latte che prevede una serie di attività di controlli e di vigilanza regolate da normative, sulla individuazione delle donatrici, sulla lavorazione e conservazione del latte e sulla individuazione dei piccoli destinatari. Procedure – ha sottolineato – seguite nella massima sicurezza e secondo i più rigorosi sistemi di controllo che rappresentano una garanzia sia per le donatrici che per i piccoli destinatari”.



A rivolgere il saluto ai partecipanti con un messaggio video per l'impossibilità ad essere presente, è stata la presidente nazionale UNICEF Carmela Pace: “Mi dispiace non essere presente con voi – ha detto – perché l'istituzione di una Banca del Latte donato è un argomento che mi preme molto perché noi Unicef pensiamo molto all'allattamento materno poiché è la prima fonte di vita dei bambini per

Il presidente nazionale delle Banche del Latte Umano Donato Guido Moro ha ricordato come la presenza delle Banche costituisca una importante opportunità non solo per rendere disponibile questo prezioso alimento ai bimbi che non potrebbero averne altrimenti ma anche per promuovere l'allattamento materno, in linea con le raccomandazioni Unicef e OMS, del Ministero della Salute e dell'Assessorato regionale della Salute, un obiettivo di salute di grande importanza per la sanità pubblica. Il professore Moro ha quindi illustrato la situazione della rete nazionale e di quella siciliana dove la Banca di Siracusa è la quarta struttura in Sicilia con Palermo, Messina e Catania, che nasce in una giornata, oltretutto, ha ricordato, che precede la Giornata mondiale della Donazione del Latte Umano del 19 maggio.



Le Banche del Latte Umano Donato (BLUD) sono strutture create con lo scopo di selezionare, raccogliere, trattare, conservare e distribuire il latte umano donato da mamme ritenute idonee, che verrà successivamente utilizzato per specifiche necessità mediche nei centri di neonatologia, servizi di pediatria e presso il domicilio di pazienti per i quali ci sia una giustificata indicazione. Le BLUD non sono solo centri specializzati per la lavorazione e la distribuzione del latte umano, ma costituiscono un'opportunità di promozione e di sostegno dell'allattamento al seno.

Per diventare una donatrice, ha spiegato il direttore del Dipartimento Materno Infantile Antonino Bucolo, è necessario contattare la Banca del Latte Umano Donato. Il personale della BLUD fisserà un appuntamento con le mamme interessate alla donazione per effettuare uno screening. Gli accertamenti saranno interamente a carico dell'ospedale e sarà il medico responsabile della BLUD a certificare la donna come "idonea alla donazione".

"Nel momento in cui abbiamo appreso della volontà di istituire una Banca del Latte Umano Donato nell'ospedale di Siracusa – ha detto la presidente del Rotary Monti Climiti Silvia Margherita – siamo stato felici di fare da collettori incontrando immediatamente la disponibilità dell'ingegnere Claudio


MENU

Cerca...



Quando i progetti vengono presentati non è solo importante l'idea ma anche la possibilità di immaginare quel progetto realizzato. Sono particolarmente felice per avere potuto partecipare alla realizzazione di questo sogno".

La presidente del Gruppo Mamme Concita Nucifora che assieme alla presidente del Rotary ha donato due targhe ricordo al commissario straordinario Ficarra e all'ingegnere Geraci, si è soffermata sul protocollo d'intesa che è stato siglato con il Rotary Club Siracusa Monti Climiti e Isab per la realizzazione di questo progetto. Sono molto emozionata – ha detto – e da domani cominceremo a cercare le mamme pronte a donare il latte per i nostri bambini che ne avranno bisogno e che sono il nostro domani".

 [Stampa questo articolo](#)

Tag:

ASP SIRACUSA BANCA DEL LATTE UMANO DONATO

Contribuisci alla notizia



Invia una foto o un video

Scrivi alla redazione

Undicenne accoltella un ragazzino di 14 anni e gli buca un polmone

E' successo in una scuola nella zona di via Oreto. Sull'episodio indagano i carabinieri

Alessandro Bisconti



Giornalista Palermo

18 maggio 2023 18:28



Un ragazzino di 14 anni è stato accoltellato oggi pomeriggio da un undicenne. Dietro l'aggressione, avvenuta in una scuola nella zona del Policlinico, ci sarebbe una storia di bullismo. Il più piccolo, stanco dei quotidiani soprusi, oggi avrebbe reagito colpendo il compagno tre volte con un coltello ferendolo alla mano, alla spalla e al torace. Uno dei fendenti gli ha bucato un polmone, senza però causare gravi danni.

L'aggressione sarebbe avvenuta nei pressi della scuola frequentata dai due, la Quasimodo. Il ferito - che ha compiuto da poco 14 anni - è arrivato al pronto soccorso dell'ospedale Civico, accompagnato dal nonno e da alcuni parenti, con diverse ferite. L'equipe del primario Massimo Geraci lo ha stabilizzato e ora il 14enne è ricoverato in area critica ma non sarebbe comunque in pericolo di vita. Resterà in

osservazione - fanno sapere dall'ospedale Civico - ma parla e cammina.

Il ragazzino di 11 anni è stato invece portato all'Ospedale dei Bambini per dei controlli (ma non risulta ferito). Sull'episodio indagano i carabinieri che stanno cercando di ricostruire quanto accaduto. Le indagini sono coordinate dalla procuratore dei minori Claudia Caramanna.

Autorizzazioni ambientali, la Regione vara la riforma, ecco la nuova commissione tecnica

LA NOVITÀ DALLA GIUNTA



REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA
Assessorato Territorio e Ambiente
**Commissione Tecnica Specialistica
per le autorizzazioni ambientali**
di competenza Regionale [L. r. n. 9/2015, art. 91]

di Redazione | 18/05/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

Via libera alla riforma della Commissione tecnica specialistica (Cts) per le autorizzazioni ambientali di competenza regionale, fortemente voluta dal presidente della [Regione Siciliana](#) fin dal suo insediamento, nell'ottica della semplificazione delle procedure ma anche del rispetto dell'ambiente e della legalità.

Leggi Anche:

Carabinieri e Onu collaborano per la tutela dell'ambiente

Il decreto dell'assessore del **Territorio e dell'ambiente**, che ha ricevuto oggi l'apprezzamento della **giunta regionale**, fissa le nuove regole di funzionamento di questo importante organismo a cui competono attività istruttorie, pareri tecnico-consultivi e tecnico-giuridici in tema di provvedimenti ambientali, allo scopo di ottenere uno snellimento dei tempi autorizzativi.

Nuova centralità viene attribuita al ruolo del dipartimento regionale Ambiente, che rispetto al passato riafferma la titolarità dell'iniziativa in materia di rilascio delle varie tipologie di provvedimenti autorizzatori, con contestuale valorizzazione del ruolo di supporto della Cts.

La Commissione è costituita da 60 commissari esterni alla pubblica amministrazione regionale, presieduta da un presidente nominato con decreto dell'assessore regionale del Territorio e dell'ambiente d'intesa col presidente della Regione, che designa anche i coordinatori delle sottocommissioni. L'incarico di commissario ha durata triennale, rinnovabile una sola volta.

Leggi Anche:

**Sicilia: escluse Italia Nostra e Legambiente dalla
Speciale commissione – Osservatorio regionale per la**

qualità del paesaggio

Numerose le novità introdotte dalla riforma

Viene creato un elenco unico per la presentazione delle candidature a commissario, in modalità sempre aperta, e vengono modificati, mediante innalzamento della qualificazione curriculare ricercata, i requisiti di ammissione dei componenti: oltre alla laurea, sono richieste l'abilitazione, l'iscrizione al relativo albo professionale e un'esperienza pluriennale nel settore ambientale.

La Cts opera attraverso l'assemblea plenaria, il nucleo di coordinamento, le sottocommissioni e i gruppi istruttori e si avvale delle strutture competenti dei dipartimenti regionali dell'Ambiente e dell'Urbanistica.

In particolare, la commissione si articola in tre sottocommissioni (che vengono rivisitate e attualizzate) suddivise per materia e ciascuna composta fino a un massimo di 30 componenti: Ambiente ed energia, Pianificazione territoriale (con competenza anche per le autorizzazioni di progetti che ricadono nelle Zone economiche speciali-Zes), Pnrr e progetti soggetti a finanziamento.

Viene modificata la composizione del nucleo di coordinamento (quattro membri in tutto), composto dal presidente della commissione e dai tre coordinatori delle sottocommissioni (eliminata la figura del vicepresidente).

Una delle principali novità, che rientra nello spirito dell'accelerazione dell'iter dei pareri, è l'introduzione della composizione numerica "flessibile" dei gruppi istruttori in seno alle sottocommissioni. Di volta in volta, gli stessi possano essere integrati, in momenti di particolare sovraccarico o quando sono richieste competenze specifiche, con componenti di altre sottocommissioni.

Il gruppo istruttore, costituito da almeno tre commissari della sottocommissione di riferimento, svolge le istruttorie di valutazione e autorizzazione e provvede alla stesura delle proposte di parere, da trasmettere poi al coordinatore della sottocommissione.

La semplificazione

Un'ulteriore accelerazione delle procedure sarà garantita da iter istruttori "speciali" per specifiche questioni, grazie alla concertazione tra il presidente della Cts e i dirigenti generali dei dipartimenti Urbanistica e Ambiente. I procedimenti non saranno più, quindi, del tutto e integralmente predeterminati.

È disciplinata la possibilità di incontri tra il soggetto proponente e la Commissione mediante l'organizzazione di videoconferenze sottoposte a registrazione a cura del dipartimento Ambiente, riducendo così ulteriormente i tempi di esame della pratica.

Viene istituito, in accoglimento delle richieste degli ordini professionali e delle associazioni di categoria, un tavolo tecnico permanente (composto, oltre che dai dirigenti interni, da due rappresentanti degli Ordini di ingegneri, geologi, chimici e agronomi) chiamato a predisporre apposite Faq, da rendere pubbliche per chiarire le modalità di svolgimento delle istruttorie.

I controlli

Per contrastare casi di inerzia e inattività di un gruppo istruttore o di qualche componente, in caso di mancato rispetto dei tempi, il presidente sostituisce il gruppo o il singolo inadempiente, ovvero avoca il parere all'assemblea plenaria.

In caso di violazione delle regole in materia di incompatibilità, il commissario in questione sarà segnalato all'ordine professionale di appartenenza. Inoltre, l'assessore, su proposta del presidente della Cts, previa diffida, entro un termine massimo di 30 giorni, può disporre con provvedimento motivato la revoca dell'incarico nei confronti del commissario del quale siano emerse gravi violazioni o inadempienze.

Revisione del meccanismo di remunerazione dei componenti della Cts, mediante passaggio dalla precedente quota fissa mensile a una doppia quota (una fissa mensile del 40% e una variabile semestrale del 60%, in ragione della produttività di ciascuno e ai fini di incentivarla).

Le parole di Schifani

“Abbiamo semplificato la Commissione tecnica specialistica per rendere più celeri gli iter di approvazione dei provvedimenti relativi alle autorizzazioni ambientali. Il dipartimento dell'Ambiente e il presidente della Cts potranno contare su una maggiore autonomia e la stessa Commissione avrà più flessibilità saltando così quei passaggi nei quali spesso si aggroviava su se stessa. Snellite anche le procedure di composizione delle sottocommissioni con la possibilità di poterle modificare senza ricorrere a decreti assessoriali o delibere di giunta. Siamo adesso al lavoro per istituire un Tavolo permanente in assessorato per elaborare le check list e le Faq, coinvolgendo professionisti e operatori economici, risolvendo uno dei problemi che

ci sono stati evidenziati nel corso delle audizioni. Ringrazio il presidente per la fiducia che ha riposto nei miei confronti e per avere individuato nella sburocratizzazione una priorità per lo sviluppo e il rilancio della nostra Sicilia”.

IN EDICOLA

Mancano i dirigenti, emergenza alla Regione Siciliana: saranno promossi i funzionari, ma a tempo

19 Maggio 2023



I Giardini di Palazzo Orleans, a Palermo

La pianta organica del dipartimento Acqua a Rifiuti conta 11 dirigenti ma in servizio ce ne sono solo 6 e dal mese prossimo un altro andrà in pensione portando così la copertura dei posti sotto la soglia del 50%. Al dipartimento Energia sono invece 4 su 12 le postazioni dirigenziali vuote. E di fronte a questi numeri, sul tavolo della giunta della Regione Siciliana che si è riunita ieri a Palazzo d'Orleans, è arrivata la proposta di affidare temporaneamente gli incarichi di vertice anche a semplici funzionari, purché laureati. È una proposta, quella portata sul tavolo del governo dall'assessore Roberto Di Mauro, che aprirebbe una nuova prassi alla Regione.

Lo scandalo dell'Ars fantasma: ordini del giorno fotocopia F

ORDINE DEL GIORNO

Chiudi

I - COMUNICAZIONI

II - SVOLGIMENTO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 159, COMMA 3, REGOLAMENTO INTERNO, DI INTERROGAZIONI E INTERPELLANZE DI RUBRICA: "Salute" (V. allegato)

III - DISCUSSIONE DEI DISEGNI DI LEGGE:

- 1) "Disposizioni in merito alla determinazione delle indennità di residenza a favor dei farmacisti rurali". (n. 304/A) (Seguito)

Deliberato in Commissione

1 di 4

Dopo aprile, record di inefficienza degli "onorevoli" regionali. L'analisi

L'ANALISI di Antonio Condorelli

2' DI LETTURA

PALERMO – Ordini del giorno fotocopia da oltre due mesi, cinque sedute a maggio per un totale di apper elemento ulteriore che fa gridare allo scandalo: dopo aver prodotto, praticamente, nulla, i deputati regionali ferie per la campagna elettorale e torneranno a scaldare la poltrona addirittura il 6 giugno.

La nostra analisi

Per quantificare, dopo aprile, il nuovo record di inefficienza degli “onorevoli” regionali, abbiamo sommato dirette streaming di ciascuna seduta, pause e rinvii compresi: il totale corrisponde a un costo orario di oltre una provocazione. Ci sono anche le riunioni di commissione, è vero, ma quello che conta è la capacità le terra in emergenza che attende provvedimenti importanti in molti settori. Per questo abbiamo voluto scava capacità “normativa” della maggioranza di governo e dell’Assemblea: analizzando le “discussioni dei dise ciascun ordine del giorno, emerge che sono tutti uguali.

Ordini del giorno copia e incolla

I continui rinvii, le vacanze di Pasqua, l’incapacità di programmare e portare a casa provvedimenti legislati hanno prodotto una conseguenza che probabilmente rappresenta, a livello nazionale, un caso senza prec depositato agli atti, è sempre lo stesso.

Ancor più emblematico è raccontare quali siano questi “disegni di legge” che attanagliano l’assemblea reg Punto primo, fa anche ridere: “Disposizioni in merito alla determinazione delle indennità di residenza a fav rurali”.

Punto secondo, “disposizioni per l’attribuzione della qualifica dirigenziale al personale medico delle aziend universitarie”.

Guarda anche

onus energia,
la giunta
approva
l’innalzamento
fino al 100%
per le imprese

Autorizzazioni
ambientali, via
libera dal
governo alla
riforma della
Cts

Antincendio,
rinnovato
l’accordo tra
Regione e
Vigili del fuoco
VIDEO

Terna avvia
l’iter per il
nuovo
elettrodotto nel
Siracusano

Seguono un paio di punti sul “riconoscimento della legittimità dei debiti fuori bilancio”: sempre gli stessi, d settimane.

Il tempo è denaro

Proprio mentre scriviamo, i deputati regionali sono impegnati in campagna elettorale, pagati dai cittadini e annovera saldi precedenti, tanto che è normale durante la peggiore stagione legislativa della Sicilia, che c a prendersi cura del proprio elettorato, chiedendo il voto per le amministrative e prevedendo, dopo il voto due giorni di evento europeo a Palermo, una settimana per possibili ballottaggi e, magari, per “prendere f tornare in aula.

Il caso politico

Pochi giorni fa, il presidente Renato Schifani ha provato a tracciare una road map per far ripartire l'Ars, cc capigruppo. “La riunione si è svolta in un clima sereno e collaborativo, si è fatto il punto della situazione s vederci una volta al mese per concordare insieme l'avvio e il sostegno dei ddl sia in commissione sia in a Schifani a *LiveSicilia*. “A breve avremo numerosi disegni di legge che approderanno in aula e il ddl sulle p suo percorso in commissione con l'apertura del termine degli emendamenti anche per approfondire bene funzioni tra la nuova provincia e i comuni di area metropolitana”, ha concluso.

Ma il presidente non ha fatto i conti con la pausa elettorale. Tutto fermo, in compenso, a fine mese, scatte che costa, per ciascun deputato, 12mila euro.

Ecco il ciclone che si sta formando a Sud della Sicilia: quando impatterà sull'Isola

Previsti fenomeni di forte intensità tra Catanese e Messinese, attenzione al rinforzo dello scirocco con raffiche che potranno raggiungere i 100 km/h

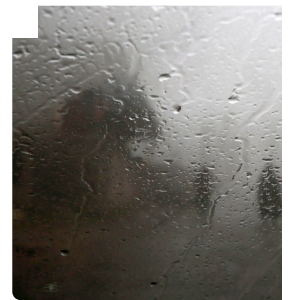
Di **Redazione** | 19 Maggio 2023

Si sta gonfiando e va prendendo forma il nuovo **ciclone** che secondo le previsioni meteo da domani dovrebbe interessare in particolare le regioni meridionali e portando altra pioggia. Sembrerebbe però meno intenso di quello che ha colpito Emilia-Romagna e Marche e dovrebbe esaurirsi rapidamente. Ma l'area di bassa pressione sul Mediterraneo potrebbe portare comunque instabilità e altre piogge sulla penisola, in

una situazione generale che – secondo Silvio Davolio, dell'Istituto delle scienze dell'atmosfera e del clima del Consiglio nazionale delle ricerche di Bologna – continua a richiedere attenzione.

Per approfondire:

Meteo in Sicilia, arriva il ciclone dall'Algeria: sarà un week end con piogge intense



«Come quello passato, il nuovo ciclone si sta formando sull'Africa settentrionale e arriverà sul Mediterraneo dalla Tunisia», osserva l'esperto in meteorologia e fisica dell'atmosfera. Per il resto, «non c'è nulla di simile al ciclone passato». Quest'ultimo, infatti, «era risalito fino all'Italia Centro-settentrionale, portando piogge violente su Emilia-Romagna e Marche. Il nuovo ciclone – dice Davolio – sembra meno intenso e dovrebbe interessare soprattutto Sicilia, Sardegna e Nord-Ovest, in particolare Liguria e Piemonte, poi tenderà a dissiparsi».

Come detto, però, in generale, «sul Mediterraneo resta una condizione di bassa pressione, favorevole alla formazione di piogge. Nelle previsioni c'è al momento «molta incertezza» e «soltanto nei prossimi giorni sarà possibile definire la situazione con una precisione maggiore».

Le previsioni

Secondo il previsore di 3bmeteo.it comunque già da questa sera bisognerà fare attenzione al rinforzo dello Scirocco tra Sicilia e Calabria con raffiche che fino a domenica si prevedono in alcuni casi anche superiori a 85-100 km/h. Il tempo si farà perturbato nel weekend con **fenomeni localmente anche abbondanti e di forte intensità tra Catanese e Messinese e sulla medio-bassa Calabria**, con vento in rinforzo.

Come detto però il passaggio di questo ciclone dovrebbe essere relativamente rapido, e domenica, benché siano previste molte nubi con cieli in prevalenza nuvolosi o molto nuvolosi, i modelli non predicano fenomeni degni di nota anche se se non sono esclusi rovesci anche a carattere temporalesco.

Un ciclone dopo l'altro

Che in pieno maggio arrivi sull'Italia un ciclone dopo l'altro non deve però né meravigliare né spaventare. «La parola ciclone fa paura all'opinione pubblica, ma – osserva Davolio – il ciclone è una struttura dinamica dell'atmosfera comune nel Mediterraneo e in alcuni casi può essere associata a eventi intensi».

In particolare, «il Mediterraneo è la zona del globo in cui i cicloni sono molto frequenti e noti. I più intensi avvengono in inverno, ma possono essere presenti fino a maggio. In estate, invece, sono deboli».

L'arrivo di un ciclone non è perciò un fatto straordinario in una stagione intermedia come la primavera, mentre «è anomala la quantità di pioggia che l'ultimo ciclone è riuscito a portare sull'Emilia-Romagna. Questo – prosegue l'esperto- è accaduto perché fin dalla sua origine il ciclone era già carico di umidità acquisita dalle zone tropicali e altra ne ha raccolta nel Mediterraneo. La pioggia abbondante è poi caduta su un terreno saturo, in una zona già colpita recentemente da un'alluvione».

I cambiamenti climatici

Quanto alla relazione con i cambiamenti climatici, Davolio osserva che non sono ancora pronti gli strumenti che permettano di stabilire un nesso di causa-effetto in relazione a un singolo evento. Si possono perciò individuare soltanto delle tendenze. «Gli scenari – conclude l'esperto del Cnr- indicano che i cicloni mediterranei violenti come quello appena passato potranno diventare più frequenti rispetto al passato. È un discorso di probabilità».

COPYRIGHT LASICILIA.IT © RIPRODUZIONE RISERVATA

Emilia Romagna, il ministro Ciriani: "Le risorse ci sono, mettiamo in sicurezza le aree a rischio"

[emilia romagna](#) [alluvione](#) [ministro ciriani](#)



Dario Martini 19 maggio 2023

Le misure per far fronte all'alluvione che ha colpito l'Emilia Romagna arriveranno in Consiglio dei ministri martedì. «È un pacchetto molto completo,

ci stanno lavorando tutti i ministeri. La prima cosa sarà la sospensione degli adempimenti fiscali di prossima scadenza». Il ministro per i rapporti con il Parlamento, Luca Ciriani, indica quali sono le direttrici su cui si sta muovendo il governo per far fronte al disastro che ha colpito migliaia di famiglie. Ma, intanto, guarda già al futuro, alla necessità di mettere in sicurezza una volta per tutte intere aree del Paese per troppo tempo trascurate. «È urgente - spiega - che le Regioni utilizzino subito i fondi assegnati e non ancora utilizzati».

Ministro Ciriani, quali sono nel dettaglio le misure in arrivo?

«Si va verso la sospensione degli oneri, versamenti e adempimenti fiscali. Poi ci sarà una serie di interventi sul welfare per coloro che non possono lavorare perché le loro aziende sono bloccate. Sarà prevista la sospensione delle attività di alcuni tribunali fuori servizio. Altri provvedimenti li sta preparando il collega Lollobrigida a ristoro dei danni nel mondo dell'agricoltura. Le linee generali sono queste».

Sarà dichiarato lo stato di calamità?

«Esiste già uno stato di emergenza dichiarato in occasione dell'alluvione di qualche settimana fa. Tutte le procedure che servono per garantire aiuti

nei tempi più brevi e rapidi possibili verranno messe in campo».

Sebbene sia prematuro, è possibile fare una stima dei danni e delle risorse necessarie per farvi fronte?

«Direi di no, perché ci troviamo ancora nel cuore dell'emergenza. Non sappiamo se poverà nei prossimi giorni, fino a che l'acqua non si sarà ritirata e non saremo tornati a un minimo di normalità purtroppo la stima dei danni è molto approssimativa».

Una volta superata la fase emergenziale il governo pianificherà interventi strutturali affinché tragedie come questa non si ripetano?

«La questione è molto complicata. Emergenze come questa sono destinate a ripetersi come la storia recente ci insegna. Mettere in sicurezza il territorio nazionale è un compito enorme, anche perché spesso si scontra con una situazione di mancata pianificazione urbanistica, con piani vecchi anche di cent'anni e situazioni diffuse di abusivismo. Ci sono case e interi paesi costruiti in aree golenali, o sottoposte a frane, o che prima non erano pericolose e che poi lo sono diventate con il tempo. È un problema enorme. Quello che però si può dire senza cercare alibi è che le Regioni

spesso hanno risorse proprie ancora non utilizzate, quindi intanto è urgente che si faccia ciò che si può fare con i soldi che già sono stati assegnati».

Oggi la Camera ha approvato con la fiducia il decreto Bollette che prevede agevolazioni per il pagamento di luce e gas per il secondo trimestre. Adotterete misure di questo tipo anche per la seconda parte dell'anno?

«Lo verificheremo alla scadenza. Il tema delle bollette è stato il cuore della finanziaria della presidente Meloni. Voglio ricordare che complessivamente abbiamo destinato trenta miliardi al caro bollette, considerando la finanziaria, un altro decreto di nove miliardi e quest'ultimo. Ripeto: queste sono misure fondamentali per difendere le famiglie, soprattutto quelle povere. Quindi, se servirà, destineremo altre risorse alle bollette».

Il testo del decreto è stato corretto togliendo alcune norme non pertinenti e senza copertura, tra cui quella sulla stabilizzazione dei precari della sanità. Come mai ve ne siete accorti all'ultimo e come recupererete questi provvedimenti?

«I ministeri competenti hanno segnalato un problema di stima esatta delle coperture

necessarie. Ma l'impegno del governo non viene meno. È un problema urgente che contiamo di risolvere quanto prima».

Quella di oggi è la seconda fiducia della settimana e la quattordicesima da inizio legislatura. Come mai vi avete fatto così tanto ricorso nonostante abbiate un'ampia maggioranza in Parlamento?

«Il tema è abbastanza complesso. Da un lato ci sono i decreti che vanno convertiti entro sessanta giorni. Dall'altro, c'è un problema soprattutto alla Camera, dove mettiamo quasi tutte le fiducie. Un problema di gestione dei tempi legati al regolamento di Montecitorio, per cui diventa difficile per il governo approvare queste norme senza rischiare che l'ostruzionismo o le trappole parlamentari le mettano a repentaglio. Sarebbe necessario mettere mano al regolamento della Camera affinché la gestione dei lavori sia più ordinata. Inoltre, nei primi mesi del governo Meloni c'è stata la necessità di dare risposte urgenti a tanti problemi. Questo è il motivo per cui il governo ha varato molti decreti: voleva dare il segnale chiaro di essere "sul pezzo" rispetto a questioni urgenti».

A quali questioni si riferisce?

«Penso ad esempio all'ergastolo ostativo, al

decreto sulle bollette, a quello del primo maggio sul lavoro, al decreto Cutro sull'immigrazione. C'era un'oggettiva urgenza politica di dare dei segnali. Detto questo, da un lato stiamo cercando di fare decreti più omogenei, dall'altro contiamo di coinvolgere di più il Parlamento come è giusto che sia».

Come pensa di farlo?

«Spero di poter avere un rapporto collaborativo con l'opposizione, in modo tale da affrontare i testi in Aula senza dover ricorrere alla fiducia. Lo sforzo del governo e della presidente Meloni è cercare di limitare i decreti e aumentare i disegni di legge, per consentire alle Camere di avere a disposizione più tempo e tranquillità per l'esame dei provvedimenti».

Cronaca internazionale

Faccia a faccia di fuoco Trudeau - Meloni sui diritti Lgbt: ecco cos'è successo

19 Maggio 2023 - 09:50

Il primo ministro canadese Justin Trudeau ha detto che "il Canada è preoccupato per alcune delle posizioni che l'Italia sta assumendo in termini di diritti Lgbt". La replica del governo: "Seguiamo le decisioni dei tribunali"



Federico Giuliani

0



Tabella dei contenuti

Lo "scambio di opinioni" tra Trudeau e Meloni

L'ingerenza di Ottawa sui diritti Lgbt

Gli altri dossier sul tavolo

Botta e risposta tra **Justin Trudeau** e **Giorgia Meloni** sui **diritti Lgbt**, nel corso del bilaterale che si è tenuto a Hiroshima prima dell'avvio dei lavori del **G7**. Il primo ministro canadese ha detto a Meloni che il Canada è **preoccupato** per alcune delle posizioni che l'Italia sta assumendo in termini di diritti Lgbt. Il premier italiano ha risposto che il suo governo non si sta affatto discostando dalle precedenti amministrazioni.

Lo "scambio di opinioni" tra Trudeau e Meloni

Trudeau ha richiamato l'**Italia** sui diritti Lgbt, esprimendosi contro la posizione assunta dal governo italiano sul tema, durante un incontro con Meloni prima dell'inizio dei lavori del G7. *"Ovviamente il Canada è preoccupato per alcune posizioni che l'Italia sta assumendo in tema di diritti Lgbt. Ma non vedo l'ora di*

parlarne con te", ha detto Trudeau alla sua interlocutrice all'inizio dell'incontro. I commenti sono stati fatti all'inizio della riunione, prima che i media venissero fatti uscire dalla stanza.

Il sito della presidenza canadese ha parlato di "**scambio di opinioni**". Nella nota di Ottawa, si legge che il premier italiano *"ha risposto che il suo governo sta **seguendo le decisioni** dei tribunali e non si sta discostando dalle precedenti amministrazioni"*.

L'ingerenza di Ottawa sui diritti Lgbt

I **media canadesi** hanno ricordato che, lo scorso marzo, attivisti per i diritti dei gay hanno definito omofobe le mosse del governo Meloni per limitare il riconoscimento dei diritti dei genitori al genitore biologico solo nelle famiglie con genitori dello stesso sesso.

Con una decisione che avrebbe avuto un impatto su centinaia di famiglie, ha proseguito *The Canadian Press*, **il governo ha chiesto alla città di Milano** di interrompere la registrazione automatica di entrambi i genitori nelle coppie dello stesso sesso nei registri comunali.

In una lettura dell'incontro inviata dall'Ufficio di Trudeau si legge che i due leader "*si sono scambiati opinioni sull'importanza di proteggere e difendere i diritti umani, compresi i diritti delle persone 2SLGBTQI+*".

Registrazione figli coppie lgbt, il Viminale stoppa Sala

Gli altri dossier sul tavolo

Tornando all'incontro con Meloni, i due capi di governo hanno discusso anche un'ampia gamma di priorità condivise, dando priorità ai temi in cima all'agenda del G7. Meloni e Trudeau hanno espresso un impegno congiunto a sostegno delle esigenze di difesa di **Kiev** e dei futuri sforzi di ricostruzione del Paese invaso dalla **Russia**. I leader hanno discusso inoltre l'importanza di difendere congiuntamente l'ordine democratico basato sulle regole contro qualsiasi tentativo di interferenza e coercizione economica, anche da parte della **Cina**.

Trudeau ha inoltre incontrato il primo ministro giapponese **Fumio Kishida** nella prima mattinata. Entrambi i leader hanno discusso della crescente cooperazione tra i Paesi del G7 per promuovere la pace e la

prosperità economica. Nel loro faccia a faccia, durato circa 30 minuti, Kishida e Trudeau hanno concordato di rafforzare anche il coordinamento nella gestione delle questioni relative alla Cina e nella risposta ai programmi balistico e nucleare della Corea del Nord.

Un funzionario del governo canadese ha affermato che il Canada intende annunciare nuove **sanzioni** alla Russia durante il vertice. Le sanzioni prenderanno di mira le società russe coinvolte nella tecnologia militare, mentre altre sanzioni hanno a che fare con violazioni dei diritti umani, compreso il trasferimento e la custodia di bambini ucraini in Russia.

