



Rassegna Stampa 26 maggio 2023

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

Giovedì 25 MAGGIO 2023

Decreto Bollette. Ok con fiducia dal Senato. Il provvedimento è legge. Ecco tutte le misure per la sanità

Le aziende del Ssn, al fine di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, potranno incrementare la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive del personale sanitario. Anticipata al 1° giugno 2023 l'operatività del fondo destinato all'erogazione dell'indennità di pronto soccorso per il personale della dirigenza medica e del comparto sanità. Si elimina il vincolo di esclusività per personale infermieristico e ostetriche. Nuove misure per specializzandi medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi. [IL TESTO](#)

Dopo la Camera, oggi pomeriggio anche il Senato ha accordato al Governo la fiducia sull'articolo unico del disegno di legge di conversione del Decreto Bollette. Il provvedimento ora è legge.

Durante il passaggio a Montecitorio, ricordiamo, è saltata la norma sulla stabilizzazione dei precari di Irccs e Izs dopo il parere negativo espresso dalla Commissione Bilancio. Molte le misure di interesse sanitario contenute nel provvedimento, a partire dall'istituzione di un fondo da 1.085 milioni per limitare l'impatto dei 2,2 miliardi di payback previsti a carico delle imprese produttrici di dispositivi medici.

Viene rivista la stretta nei confronti dei gettonisti, permettendo sia la prosecuzione dei contratti in essere che la possibilità di far ricorso a queste esternalizzazioni, seppur per una sola volta, in tutte le specialistiche che lo riterranno necessario e non più solo per l'emergenza-urgenza. I laureati in odontoiatria e protesi dentaria e per i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione di odontoiatra, l'abolizione del 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. Potranno inoltre esercitare le attività di medicina estetica non invasiva o mininvasiva al terzo superiore, terzo medio e terzo inferiore del viso.

Si prevede poi la possibilità di costituire posti fissi della Polizia di Stato in strutture ospedaliere pubbliche e convenzionate dotate di un servizio di emergenza-urgenza, in considerazione del bacino di utenza e del livello di rischio della struttura. Fino al 31 dicembre 2025 si allargano le maglie dei concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Ssn nella disciplina di Medicina e chirurgia d'urgenza e d'emergenza. Si introduce una misura sperimentale volta a consentire che i medici in formazione specialistica, su base volontaria e al di fuori dell'orario dedicato alla formazione, possano assumere incarichi libero-professionali presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri fino a 8 ore settimanali.

Si elimina fino al 31 dicembre 2025 il vincolo di esclusività per personale infermieristico e ostetriche. Introdotta infine nuove misure di assumere a partire dal terzo anno di specialistica medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi.

Ecco tutte le misure di interesse sanitario presenti nel testo convertito ora in legge.

Articolo 8 (Contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici)

Si istituisce, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, un fondo da ripartire tra le regioni e le province autonome, quale contributo statale al ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici relativo agli anni da 2015 a 2018 (comma 1), e dispone sul relativo riparto e sull'utilizzo delle quote derivanti dallo stesso (comma 2).

Prevede, inoltre, che le aziende fornitrici di dispositivi medici, qualora non abbiano attivato un contenzioso o rinunciato allo stesso, possano versare a ciascuna regione e provincia autonoma, entro il 30 giugno 2023, in luogo della quota intera, una somma pari al 48 per cento di quanto dovuto a titolo di contributo al ripiano (comma 3). In sede referente questa parte del testo è stata modificata allo scopo di chiarire a quale specifico contenzioso occorra rinunciare per l'accesso al beneficio in questione, nonché al fine di indicare gli effetti giuridici del versamento della quota ridotta e i connessi adempimenti delle regioni e delle province autonome. L'articolo dispone, altresì, in ordine alle modalità di compilazione della fattura elettronica riguardante i dispositivi medici e alle modalità di verifica della corretta compilazione (comma 4 e comma 5).

Infine (comma 6), prevede che, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di ripiano, si possano richiedere finanziamenti assistiti dalla garanzia del Fondo già costituito presso il Mediocredito Centrale Spa (Fondo finalizzato ad assicurare una parziale assicurazione ai crediti concessi dagli istituti di credito a favore delle piccole e medie imprese).

Articolo 9 (IVA su payback dispositivi medici)

L'articolo prevede che, in relazione ai versamenti effettuati dalle aziende produttrici di dispositivi medici alle regioni, le aziende possono portare in detrazione l'IVA determinata scorrendo la medesima dall'ammontare dei versamenti effettuati (comma 1). Il computo dell'IVA sarà effettuato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano e si baserà sulle fatture emesse dalle aziende nei confronti del Servizio sanitario nazionale (comma 1-bis), mentre le aziende stesse potranno richiedere a regioni e province autonome riferimenti e copie delle fatture in questione (comma 1-ter). Gli importi del costo del bene e del costo del servizio, entrambi riportati nelle fatture elettroniche, saranno indicati separatamente (comma 1-quater). Il diritto alla detrazione sorge nel momento in cui sono effettuati i versamenti e i relativi costi sono deducibili nel periodo d'imposta nel quale sono effettuati i medesimi versamenti (comma 2). Il comma 3 disciplina le modalità di esercizio del diritto alla detrazione dell'imposta.

Articolo 10 (Disposizioni in materia di appalto, di reinternalizzazione dei servizi sanitari e di equità retributiva a parità di prestazioni lavorative, nonché di avvio di procedure selettive comprensive della valorizzazione dell'attività lavorativa già svolta)

L'articolo, oggetto di diverse modifiche e integrazioni durante l'esame in sede referente, disciplina gli affidamenti a terzi dei servizi medici ed infermieristici, operati - esclusivamente in caso di necessità e urgenza - dalle aziende e dagli enti del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) per sopperire alla carenza di organico. Sono delineati presupposti, modalità e limiti di tali affidamenti, rinviando per la definizione di linee guida a un successivo decreto del Ministro della salute, da adottarsi previo parere dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac). Sono previste esenzioni da tale disciplina per alcune specifiche tipologie di contratti. Inoltre, si preclude la ricostituzione del rapporto di lavoro con il Ssn al 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.

Sono altresì introdotte delle norme volte alla reinternalizzazione dei servizi sanitari, attraverso procedure selettive per il reclutamento del personale da impiegare per l'assolvimento delle funzioni precedentemente esternalizzate; in tale ambito, si prevede la valorizzazione del personale impiegato in

mansioni sanitarie e socio-sanitarie corrispondenti nelle attività dei servizi esternalizzati, che abbia garantito assistenza ai pazienti per almeno sei mesi di servizio e non si sia in precedenza dimesso, in costanza di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con il Ssn, dalle dipendenze dello stesso. Si prevede, infine, la possibilità di visita senza preavviso dei locali degli enti del Servizio sanitario nazionale nonché nelle strutture socio-sanitarie pubbliche, da parte dei membri del Parlamento.

Articolo 11 (Incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive e anticipo dell'indennità nei servizi di emergenza-urgenza)

L'articolo 11 prevede che per l'anno 2023 le aziende e gli enti del Servizio Sanitario nazionale, allo scopo di far fronte alla carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri, e di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, possono ricorrere alle prestazioni aggiuntive previste dalla contrattazione collettiva nazionale per il personale medico ed infermieristico, consentendo, in deroga alla contrattazione, un aumento della relativa tariffa oraria fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, per il personale medico, e a 50 euro lordi onnicomprensivi per il personale infermieristico, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione.

L'aumento dovrà avvenire nel limite degli importi di cui alla tabella B allegata al presente decreto, pari a complessivi 50 milioni di euro per il personale medico e a complessivi 20 milioni di euro per il personale infermieristico per l'anno 2023.

Con una disposizione inserita durante l'esame referente, viene poi prevista l'applicazione delle disposizioni sopra illustrate anche al personale medico e infermieristico operante nei pronto soccorso pediatrici e ginecologici afferenti ai presidi di emergenza-urgenza e accettazione (DEA) di I e II livello del Servizio sanitario nazionale.

Al relativo finanziamento accedono tutte le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

Mediante una modifica all'articolo 1, comma 526 della legge di bilancio 2023¹⁶, viene poi previsto un incremento a decorrere dal 1 giugno e fino al 31 dicembre 2023 delle risorse destinate alla corresponsione dell'indennità di pronto soccorso, pari a 100 milioni di euro complessivi, dei quali 30 destinati alla dirigenza medica e 70 al personale del comparto sanità.

Resta fermo l'incremento a regime di 200 milioni di euro delle citate risorse dal 1 gennaio 2024 già previsto dalla citata disposizione.

Alla copertura degli oneri di cui ai commi 1 e 3 si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, che a tal fine è incrementato di 170 milioni di euro per l'anno 2023.

Articolo 12 (Misure per il personale dei servizi di emergenza-urgenza)

L'articolo 12, modificato durante l'esame referente, definisce particolari misure a favore del personale sanitario medico dei servizi di emergenza-urgenza fino al 31 dicembre 2025, prevedendo innanzitutto un regime temporaneo per l'ammissione - di tale personale con determinati requisiti - ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Ssn nella disciplina di Medicina d'emergenza e urgenza, ancorché non in possesso di alcun diploma di specializzazione.

L'assunzione può avvenire anche in deroga alle incompatibilità previste a legislazione vigente per l'assunzione di incarichi libero-professionali presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Ssn - purché in ambiti strettamente correlati alla specializzazione intrapresa-, per un massimo di 8 ore settimanali, con una remunerazione integrativa di 40 euro lordi, valutabile nell'ambito del curriculum formativo e professionale nei concorsi per dirigente medico del Ssn.

Il personale medico in formazione può peraltro prestare la propria collaborazione volontaria e occasionale, con contratto libero-professionale, agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti, purché al di fuori dell'orario dedicato alla formazione specialistica e fermi restando gli obblighi formativi, fino all'adozione di un apposito regolamento in materia.

Si prevede inoltre la possibilità, sempre fino al 31 dicembre 2025, della trasformazione del rapporto di lavoro da impegno orario pieno a impegno orario ridotto o parziale, in deroga ai contingenti previsti dalle disposizioni vigenti, per il personale, dipendente e convenzionato, operante nei servizi di emergenza-urgenza degli enti del Ssn in possesso dei requisiti per il pensionamento anticipato previsti dall'ordinamento vigente, comunque entro i limiti d'età già previsti e previa apposita autorizzazione degli enti del Ssn interessati.

Peraltro, al personale sanitario per cui il primo accredito contributivo decorre successivamente al 1° gennaio 1996, è riconosciuto, ai fini dell'accesso alla pensione di vecchiaia ed alla pensione anticipata, l'incremento dell'età anagrafica con un coefficiente di trasformazione pari a due mesi per ogni anno di attività effettivamente svolta nei servizi di urgenza ed emergenza presso aziende ed enti del Ssn, nel limite massimo di 24 mesi.

Articolo 13 (Misure per gli operatori delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43)

Il comma 1 dell'articolo 13 modifica la normativa transitoria che consente lo svolgimento, da parte del personale rientrante nelle professioni infermieristiche od ostetrica ovvero nelle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione ed appartenente al comparto contrattuale pubblico della sanità, di altre prestazioni al di fuori dell'orario di servizio; la novella di cui al presente comma 1 proroga il termine finale di applicazione della normativa dal 31 dicembre 2023 al 31 dicembre 2025 e sopprime il limite del monte ore complessivo settimanale per le suddette prestazioni, limite che era pari a otto ore; si inserisce inoltre la previsione - riformulata in sede referente - di un monitoraggio da parte del Ministero della salute sull'attuazione della disciplina transitoria in esame.

Il comma 1-bis, introdotto in sede referente, estende al personale tecnico e professionale reclutato dagli enti del Servizio sanitario nazionale una disciplina transitoria in tema di stabilizzazione, posta dall'articolo 4, comma 9-septiesdecies, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 1983 con riferimento al personale dirigenziale e non dirigenziale sanitario, sociosanitario e amministrativo dello stesso Ssn.

Articolo 14 (Modifiche all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145)

Modifica una disciplina in tema di reclutamento, a tempo determinato e con orario a tempo parziale, di medici specializzandi e di altri professionisti sanitari in corso di specializzazione, posta dall'art. 1, co. 548-bis della legge di bilancio 2019 (L. 30 dicembre 2018, n. 145). Per effetto delle modifiche introdotte, la disciplina in questione è divenuta a regime (da transitoria che era) e consente anche più di una proroga del contratto a tempo determinato con gli specializzandi; inoltre, è venuto meno il limite di durata di 12 mesi della proroga, fermo restando che il contratto non può avere durata superiore alla durata residua del corso di formazione specialistica ed è prorogabile fino al conseguimento del titolo di formazione specialistica; infine, in base a un'integrazione apportata dalle Commissioni, si introduce un termine per l'adozione dei già previsti accordi tra le regioni o le province autonome e le università interessate per la definizione, per i soggetti interessati dai summenzionati rapporti di lavoro a tempo determinato, delle modalità di svolgimento della formazione specialistica, e si introduce una norma di chiusura da applicare in caso di mancata adozione degli accordi in questione.

Articolo 15 (Disposizioni in materia di esercizio temporaneo di attività lavorativa in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero)

L'articolo 15, modificato durante l'esame referente, consente l'esercizio temporaneo in deroga, fino al 31 dicembre 2025, relativo a qualifiche di

professioni mediche, sanitarie o di interesse sanitario conseguite all'estero, presso strutture sanitarie o socio-sanitarie, pubbliche o private o private accreditate, comprese quelle del Terzo settore.

In attesa del raggiungimento della prevista intesa da adottarsi in Conferenza Stato-Regioni per la definizione della disciplina di dettaglio, e comunque non oltre sei mesi dall'entrata in vigore della legge in esame, continua ad applicarsi la normativa vigente in materia con riferimento alle deroghe tuttora applicate. Si demanda ad un'Intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome, da dottarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge in esame, la definizione della relativa disciplina.

Inoltre, fino al 31 dicembre 2025, la norma esame prevede l'applicazione degli articoli 27 (ingresso in casi particolari) e 27-quater (ingresso e soggiorno per lavoratori altamente qualificati) del T.U. delle norme in materia di immigrazione anche al personale medico e infermieristico assunto - in base alla predetta disciplina derogatoria - presso strutture sanitarie o socio sanitarie, pubbliche o private, sulla base del riconoscimento regionale, con contratto libero-professionale ovvero con contratto di lavoro subordinato, entrambi anche di durata superiore a tre mesi, a carattere rinnovabile.

Viene conseguentemente abrogata la disposizione vigente ora organicamente trasposta nella disciplina di deroga in esame, oltre che la previsione della procedura di comunicazione della deroga da parte del professionista interessato presso l'Ordine competente, a pena della sospensione del riconoscimento fino alla comunicazione dell'avvenuta ottemperanza.

Articolo 15-bis (Ulteriori misure per fare fronte alla grave carenza di operatori di interesse sanitario)

L'articolo, inserito in sede referente, è espressamente finalizzato a fare 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, allo scopo anzidetto, una nuova possibilità di inserimento nell'elenco speciale ad esaurimento dei massofisioterapisti, riservata a quanti abbiano conseguito il titolo di massofisioterapista sulla base di corsi triennali attivati entro il 31 dicembre 2018.

Articolo 15-ter (Disposizioni in materia di accesso ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale, nonché di attività di medicina estetica)

L'articolo, introdotto in sede referente, abolisce, 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, consente agli odontoiatri di esercitare alcune specifiche attività di medicina estetica non invasiva o mininvasiva, ed abroga la disposizione che attualmente preclude, salvo alcune eccezioni, la contemporanea iscrizione all'Albo di odontoiatra e ad altro Albo professionale.

Articolo 16 (Disposizioni in materia di contrasto agli atti di violenza nei confronti del personale sanitario)

L'articolo 16, comma 1, modifica l'articolo 583-quater c.p., introducendo una specifica sanzione (reclusione da 2 a 5 anni) per le lesioni non aggravate procurate agli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.

Il comma 1-bis 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, a tutela dell'ordine e sicurezza pubblica nonché per garantire l'incolumità del personale ivi operante.

Giovanni Rodriguez

S
24

Dl Bollette/ Via libera definitivo dell'Aula del Senato con 99 sì alla fiducia

di Radiocor Plus

[PDF](#) [Il testo del decreto "Bollette"](#)

L'Aula del Senato ha dato disco verde definitivo al Dl bollette nel testo già approvato dalla Camera . Il via libera è arrivato con l'approvazione della fiducia con 99 voti a favore, 54 contrari e 2 astenuti. Il provvedimento doveva essere convertito in legge entro lunedì 29 maggio. Diverse le modifiche introdotte durante l'esame parlamentare del decreto legge che "vale" quasi 5 miliardi nel 2023 e prevede misure in tre settori: caro-energia, sanità e fisco.

Fra le novità approvate durante l'esame parlamentare, è stata prevista l'introduzione di un contributo sotto forma di credito d'imposta fino a un massimo di 200mila euro ed entro il tetto del 20% della spesa sostenuta per start up innovative nei settori dell'ambiente, delle energie rinnovabili e della sanità. Sono state altresì previste misure di semplificazione temporanee per la installazione di impianti fotovoltaici. E sono state estese le misure per la definizione agevolata dei ruoli per Regioni ed Enti locali, relativamente agli istituti previsti dalla legge di Bilancio dello stralcio dei debiti fino a mille euro e della definizione agevolata dei carichi affidati all'agente della riscossione ('rottamazione-quater').

Durante l'esame alla Camera è stata prima introdotta e poi cassata per problemi di copertura la stabilizzazione dei precari di Irccs e Izs . Il provvedimento contiene disposizioni su tre temi principali. Il primo riguarda le misure per fronteggiare il caro-energia: tra queste il bonus sociale per il secondo trimestre 2023, il contributo straordinario per le imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas fino a giugno e il credito d'imposta per le imprese energivore da utilizzare entro la fine dell'anno.

Il capitolo salute ha, tra le misure, quelle sul payback dei dispositivi medici e i medici "gettonisti".

Il capitolo fisco con, tra l'altro, l'estensione delle previsioni in materia di adesione, definizione e conciliazione agevolata e la introduzione di una "causa di non punibilità" per alcuni reati tributari, quando vi sia stato il pagamento integrale delle somme prima della sentenza di appello.

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Il Dl Bollette è legge

PS panoramasanita.it/2023/05/26/il-dl-bollette-e-legge/



L'Assemblea del Senato ha rinnovato ieri la fiducia al Governo, approvando definitivamente il Decreto Bollette

Con 99 voti favorevoli, 54 contrari e due astensioni, l'Assemblea del Senato ha rinnovato ieri la fiducia al Governo, approvando definitivamente il Decreto Bollette. Hanno votato la fiducia i sen. De Poli (Cd'I), Paroli (FI-BP), Borghesi (LSP), Antonella Zedda

(Fdi): il decreto contiene misure nel segno dell'equità sociale, del sostegno al sistema produttivo, dell'abbattimento delle liste d'attesa nella sanità. Hanno negato la fiducia i sen. Magni (Misto AVS), Daniela Sbroliini (A-IV), Maria Domenica Castellone (M5S), Losacco (PD): il decreto è privo di misure strutturali per la sanità, spinge sull'esternalizzazione dei servizi; riduce la base imponibile del contributo sugli extraprofiti energetici, prevede uno scudo fiscale per omessi versamenti Iva.

In materia di sanità, l'articolo 8 istituisce un fondo da ripartire tra le regioni e le province autonome, quale contributo statale al ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici. Dispone inoltre in ordine alle modalità di compilazione della fattura elettronica riguardante i dispositivi medici e prevede, ai fini del ripiano medesimo, la possibilità di finanziamenti assistiti dalla garanzia del Fondo già costituito presso il Mediocredito Centrale Spa. **L'articolo 10** disciplina gli affidamenti a terzi dei servizi medici ed infermieristici, effettuati per sopperire alle carenze di organico, delineandone presupposti, modalità e limiti. **L'articolo 11** dispone che le aziende e gli enti del Servizio Sanitario nazionale possano ricorrere alle prestazioni aggiuntive previste dalla contrattazione collettiva nazionale per il personale medico e infermieristico. **L'articolo 12**, in relazione al personale sanitario medico dei servizi di emergenza-urgenza, stabilisce un regime temporaneo e speciale per l'ammissione ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale nella disciplina di Medicina d'emergenza e urgenza. Il comma 1-bis dell'**articolo 13** estende al personale tecnico e professionale reclutato dagli enti del Servizio sanitario nazionale una disciplina transitoria in tema di stabilizzazione. **L'articolo 14** modifica una disciplina in tema di reclutamento, a tempo determinato e con orario a tempo parziale, di medici specializzandi e di altri professionisti sanitari in corso di specializzazione, posta dalla legge di bilancio 2019. **L'articolo 15**

consente l'esercizio temporaneo in deroga dell'attività lavorativa da parte di coloro che intendono esercitare presso strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche, ovvero private o private accreditate, una professione medica, sanitaria ovvero una attività prevista per gli operatori di interesse sanitario, in base ad una qualifica professionale conseguita all'estero. Con le medesime finalità l'articolo interviene sugli articoli 27 e 27-quater del testo unico in materia di immigrazione. **L'articolo 15-bis** è finalizzato a fare fronte alla carenza di operatori di interesse sanitario in tutto il territorio nazionale, con particolare riferimento al settore della medicina sportiva. **L'articolo 15-ter** abolisce, 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, consente agli odontoiatri di esercitare alcune specifiche attività di medicina estetica e abroga la disposizione che preclude la contemporanea iscrizione all'Albo di odontoiatra e ad altro Albo professionale. **L'articolo 16**, al comma 1, introduce una specifica sanzione per le lesioni non aggravate procurate agli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. Il comma 1-bis 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.

Odontoiatri, landolo (CAO): “Grande soddisfazione per conversione DL Bollette”.

“Grande soddisfazione” della Commissione Albo Odontoiatri nazionale per la conversione in legge del cosiddetto Decreto Bollette. Tre i provvedimenti riguardanti l'Odontoiatria: l'accesso senza specializzazione a concorsi pubblici e graduatorie per la specialistica ambulatoriale, la possibilità per i doppi laureati, in Medicina e in Odontoiatria, di iscriversi ai due Albi e l'estensione delle competenze di medicina estetica. “Si tratta di problematiche che erano irrisolte da decenni – commenta il Presidente della CAO nazionale, Raffaele landolo – e che, grazie all'impegno sinergico del Governo e del Parlamento, con il sostegno della Commissione Albo Odontoiatri e del Sindacato, hanno ora trovato una soluzione”. “In particolare – aggiunge landolo – finalmente si riconosce, senza se e senza ma, che la laurea in Odontoiatria è già di per sé una laurea specializzante, essendo focalizzata sulla salute del cavo orale e dei suoi annessi. Si sana, inoltre, un paradosso tutto italiano: quello per il quale un doppio laureato, in Medicina e in Odontoiatria, doveva scegliere a quale dei due Albi essere iscritto. Infine, si ampliano le competenze in materia di medicina estetica”. “Ringraziamo nuovamente – conclude landolo – le forze politiche dell'attuale Governo ed in particolare il Ministero della Salute, nelle persone del Ministro Schillaci e del Sottosegretario Gemmato, sottolineando con particolare soddisfazione il ruolo svolto dai parlamentari sostenitori dell'emendamento, i quali hanno contribuito a recepire, trasformandole in norma di legge, le istanze dell'intera Odontoiatria italiana”.

Medici e dentisti, da Enpam sussidio di neo-natalità anche ai padri

PS panoramasanita.it/2023/05/26/medici-e-dentisti-da-enpam-sussidio-di-neo-natalita-anche-ai-padri/



Il contributo è destinato alle spese dei primi dodici mesi di vita

In caso di nascita di figli, l'Enpam, l'Ente previdenziale di medici e dentisti, darà un sussidio non più solo alle mamme, ma anche ai padri. E se entrambi i genitori sono camici bianchi il bonus verrà moltiplicato per due. L'importo base è di 2mila euro per ogni figlio di medico oppure di odontoiatra (che diventano 4mila per chi contribuisce da libero professionista da almeno tre anni). Il contributo di neo-natalità è destinato alle spese dei primi dodici mesi di vita, come quelle di baby sitting e di asilo nido. "Lo avevamo promesso e lo abbiamo fatto – ha commentato il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti –. Del resto, la crisi della natalità è una vera problematica per la previdenza del futuro, ed è nostro dovere dare un segnale. Con ogni probabilità non sarà un aiuto economico a cambiare scelte di vita, ma di certo un bonus permetterà ai professionisti di poter conciliare meglio lavoro e famiglia, e di vivere più tranquilli l'esperienza della genitorialità".

La novità dell'estensione della tutela ai genitori di entrambi i generi è stata approvata dall'Enpam lo scorso ottobre e questo mese ha ricevuto il via libera dei ministeri vigilanti. Oggi il Consiglio di amministrazione ha approvato il bando per i sussidi per i nati nel 2022 e 2023. Le domande si potranno presentare a partire dal 26 giugno prossimo. L'anno scorso, quando potevano presentare domanda solo le mamme medico, a beneficiare della misura sono stati 1.600 bambini. Il sussidio di neo-natalità Enpam per i medici e gli odontoiatri è subordinato a limiti di reddito familiare ed è cumulabile con altre misure che sono garantite a tutti, come il bonus asilo nido che lo Stato distribuisce tramite l'Inps (minimo 1.500 euro fino ai tre anni d'età).

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Prevenzione e cura delle malattie oculari, un patto di legislatura

PS panoramasanita.it/2023/05/26/prevenzione-e-cura-delle-malattie-oculari-un-patto-di-legislatura/



Nasce l'Intergruppo Parlamentare per una risposta sanitaria più incisiva che sarà affiancato da un comitato scientifico multidisciplinare: società scientifiche, organizzazioni civiche e mondo advocacy

In Italia, glaucoma, retinopatia diabetica e maculopatie, solo per fare un esempio, affliggono complessivamente oltre 5 milioni di persone, per non parlare delle altre patologie oculari. Un dato, questo, destinato ad accrescersi con il progressivo invecchiamento della popolazione, notoriamente maggiormente esposta a queste patologie nell'età più avanzata e che, soprattutto, ci dice molto di un tema di sanità pubblica che incombe sul paese, con impatti pesanti non solo di tipo sanitario ma anche sociale ed economico. Uno scenario complesso, quello delle malattie oculari, caratterizzato da molte criticità che affliggono questo ambito sanitario e che hanno indotto senatori e deputati di diversa estrazione politica a costituire l'Intergruppo Parlamentare Prevenzione e Cura delle Malattie degli Occhi. Questo nuovo organismo ha presentato ieri al Senato il proprio piano programmatico: un documento che vuole anche essere un vero e proprio patto di legislatura con il quale, i parlamentari che ne fanno parte, si impegnano a dare impulso e concretezza, mediante adeguati atti parlamentari, al molto che manca quando si parla di malattie oculari.

“Rendere la risposta sanitaria per le malattie oculari più accessibile, territorialmente omogenea e più efficiente è indispensabile, oltre che urgente, e la politica può e deve intervenire subito per creare i presupposti affinché questa risposta giunga concretamente – ha sottolineato il **Sen. Giovanni Satta che con l'On. Matteo Rosso presiede l'Intergruppo** – lo faremo con adeguati interventi legislativi e attivando i necessari strumenti informativi, con una costruttiva convergenza con il Governo, con le diverse istituzioni sanitarie del paese, oltre che con le organizzazioni civiche e il mondo advocacy. Questo, nella consapevolezza che un quadro assistenziale più efficiente e efficace per le malattie oculari, oltre ad essere doveroso, si traduce anche in un sostanziale contributo alla sostenibilità della spesa sanitaria e al contenimento dei costi sociali”.

L'attività dell'Intergruppo dovrà anzitutto:

- raccordarsi con gli obiettivi della missione 6 del PNRR, che rappresenta un'opportunità fondamentale da cogliere con assoluta diligenza per la funzione acceleratrice che potrà sviluppare;
- creare le condizioni che favoriscano l'adozione di screening di prevenzione delle complicanze oculari;
- favorire campagne di sensibilizzazione sul cittadino;
- operare per il pieno, equanime e territorialmente omogeneo accesso alle cure e ai trattamenti;
- aumentare i fondi per la ricerca e i posti per la formazione specialistica.

*“C'è necessità di intervenire su temi molto ampi e diversificati – ha poi precisato l'On. **Matteo Rosso**, passando in rassegna il molto che resta da fare – dai registri di patologia all'assistenza territoriale oggi troppo concentrata sul sistema-ospedale, dal potenziamento della telemedicina e della digitalizzazione al tema del sotto-trattamento causa anche della sotto-diagnosi e dai problemi di accesso alle cure, dalle inaccettabili liste di attesa ai costi sanitari e sociali delle malattie oculari, solo per citarne alcuni. Ci attendono molte sfide – ha proseguito il parlamentare – di natura clinica, sociale, economica e politico-sanitaria della cui portata siamo consapevoli. Le affronteremo con impegno e assoluta determinazione”. “Per troppo tempo clinici, esponenti delle istituzioni, delle associazioni pazienti e delle organizzazioni civiche hanno denunciato, da prospettive diverse, le varie criticità che caratterizzano questo ambito sanitario, lamentando una certa inerzia nel cercare di migliorare il quadro assistenziale – ha dichiarato **Massimo Nicolò**, della **Clinica Oculistica Universitaria di Genova e coordinatore del comitato tecnico-scientifico dell'Intergruppo Parlamentare** – oggi, se incisive scelte di politica sanitaria non dovessero dar vita ad una nuova stagione nella lotta alle malattie oculari dovremmo sentenziare che, per questo ambito sanitario, ci troveremmo di fronte ad una vera e propria cecità del non fare della qua le tutti pagheremo le conseguenze”.*

Stretta correlazione tra l'Herpes zoster e rischio cardiovascolare

PS panoramasanita.it/2023/05/26/stretta-correlazione-tra-lherpes-zoster-e-rischio-cardiovascolare/



Gli esperti della Simg evidenziano il ruolo fondamentale della prevenzione vaccinale

“L'Herpes zoster ha un'incidenza di circa 8 casi per mille abitanti per anno, che aumenta con l'età, tanto che a 80 anni si ha il 50% di possibilità in più di incorrere in questa patologia. Comporta una fastidiosa fase acuta e delle sequele, la più nota è la nevralgia post-erpetica, dolore che colpisce la zona dove si è manifestata l'infezione e che persiste anche per mesi”. Tuttavia, “studi recenti evidenziano anche complicanze cardio e cerebro-vascolari”. Così Alessandro Rossi, responsabile Patologie acute della Società italiana di medicina generale (Simg), intervenendo alla conferenza stampa dal titolo “Herpes Zoster e rischio cardiovascolare”, svoltasi ieri a Roma.

Secondo Rossi, esiste un **rapporto stretto tra questa infezione virale e “un meccanismo infiammatorio a livello vascolare arterioso”**. La “varietà e la gravità di queste conseguenze – prosegue – ci inducono a raccomandare fortemente la prevenzione, che può essere attuata grazie alla vaccinazione”.

Tra gli **studi più significativi** che hanno rilevato la relazione tra Herpes zoster e rischio di eventi cardiovascolari come stroke e infarto – riferisce una nota – vi sono quelli delle Università di Harvard e Buffalo: hanno riportato stime di rischio relative all'insorgenza di stroke post-erpetico in specifiche finestre temporali. I dati prodotti sono stati oggetto di attenzione da parte dell'istituto di ricerca Health Search della Simg, che ha potuto analizzare per la prima volta la variazione mese dopo mese del rischio di stroke in chi incorre nella malattia.

I dati dell'Istituto di ricerca della Simg “attestano che nei primi 6 anni dell'infezione ci sono due picchi del 30% di aumento del rischio di stroke rispetto a chi non presenta la malattia – afferma **Francesco Lapi, direttore Ricerca Health Search, Istituto di ricerca Simg Firenze** – uno nel primo anno dall'infezione e uno nel sesto anno. Nell'intervallo temporale tra questi due picchi vi è una riduzione del rischio, ma si mantiene la significatività della correlazione. Poi l'andamento cala nel tempo, fino al 12°-13° anno

dall'infezione. Solo a quel punto perde di significatività. Da questi dati si evince che non solo la vaccinazione è importante per evitare l'infezione, ma anche per ridurre sensibilmente il rischio di queste complicanze e per esserne protetti a lungo nel tempo”.

E sull'importanza di questa vaccinazione e sull'attenzione da dedicare ai soggetti a cui andrebbe somministrata con priorità, “la Simg sta lavorando a un **opuscolo in formato cartaceo e digital**, che sarà presto offerto come strumento guida a tutti i medici di famiglia sul territorio nazionale”, conclude.

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Uno sguardo al futuro per non mandarlo in fumo

PS panoramasanita.it/2023/05/26/uno-sguardo-al-futuro-per-non-mandarlo-in-fumo/



L'impegno di Lilt per creare la prima generazione libera dal tabacco. Una nuova ricerca sul fumo in Lombardia in occasione della Giornata mondiale senza tabacco 2023 e un rinnovato impegno contro il tabagismo con l'aiuto dei più giovani.

Non c'è più tempo da perdere: la prima generazione libera dal fumo deve diventare realtà. Perché smettere di fumare, o non cominciare proprio, è una conquista per tutti e per il pianeta. Per la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, la Giornata Mondiale Senza Tabacco è da sempre occasione per fare il punto sull'abitudine al fumo e per rilanciare la sua lotta senza riserve contro il tabagismo, partendo da un presupposto: la pandemia da tabacco è la prima causa evitabile di morte. *“La Giornata Mondiale Senza Tabacco – afferma Francesco Schittulli, presidente di LILT nazionale – è uno dei capisaldi del programma annuale di prevenzione oncologica della LILT ed è l'occasione per prendere coscienza dell'evoluzione del consumo di tabacco, in particolar modo tra i giovani, e in particolare tra le ragazze. La ricerca sui dati del fumo presentata ci mostra uno spaccato delle scelte e delle abitudini dei fumatori della Regione Lombardia, rivelandosi uno strumento utile per calibrare al meglio le future iniziative per contrastare questo fenomeno. Ed è proprio partendo da questo prezioso contributo che abbiamo deciso di realizzare un'indagine che dovrebbe coprire tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di rafforzare la stretta collaborazione con le Istituzioni nel percorso verso la prima generazione libera dal fumo. Nonostante la lotta al tabagismo sia sempre stata tra le principali missioni della LILT e della stessa Unione Europea, lo scenario attuale, reso più complesso dall'introduzione delle sigarette elettroniche, a tabacco riscaldato e delle recenti puff bar, ci pone davanti nuove sfide. Se inizialmente, infatti, questi nuovi dispositivi si sono presentati sul mercato come sostituti alla sigaretta, ora si stanno invece affermando come scelte elettive, dettate principalmente dalla moda del momento. Un dato che dimostra quanto la consapevolezza dei rischi legati a questi nuovi modi di fumare sia ancora parziale. Il compito della LILT, parallelamente al supporto delle iniziative proposte dalle istituzioni, come quella coraggiosamente positiva del Ministro Schillaci di estendere i divieti di fumo, è quello di continuare a promuovere l'educazione alla salute, attraverso percorsi di informazione e sensibilizzazione dedicati in particolare alle scuole. È fondamentale seminare messaggi di prevenzione che attecchiscano*

*nell'animo dei giovani, anche alla luce dell'importanza che questi ultimi possono avere nell'incentivare uno stile di vita libero dal fumo all'interno della famiglia per una. Più lunga e migliore qualità di vita. Un altro dato emerso dalla ricerca che credo debba essere attenzionato è quel **70% di fumatori che ha tentato almeno una volta a smettere**. Una percentuale importante, che ci porta ad un'altra sfida: quella di essere in grado di intercettare e di accompagnare con l'adeguato supporto tutte le persone che dimostrano la volontà di smettere”.*

Aggiunge Marco Alloisio, presidente di LILT Milano Monza Brianza: *“Il nostro monitoraggio annuale sul fumo ci conferma che i nuovi prodotti del mercato del tabacco incuriosiscono e fanno tendenza. I dispositivi usa e getta addirittura dilagano. Ma c'è un segnale che va colto: i fumatori stessi giudicano l'aumento dei divieti di fumo e del prezzo dei prodotti le due strategie più efficaci per incidere sui consumi. In particolare vale per i più giovani: 7 su 10 sarebbero disponibili a smettere di fumare se ci fosse un divieto. Ecco perché sosteniamo la petizione europea per costruire una nuova generazione senza fumo. Donne e uomini che hanno davanti a loro un futuro ancora tutto da scrivere”.*



Indagine sul fumo in Lombardia – LILT ha affidato alla società di ricerca SWG una nuova indagine sulle abitudini del fumo in Lombardia, con l'obiettivo di indagare le scelte e i modelli di consumo dei fumatori, considerando anche nuovi e vecchi dispositivi e la reale conoscenza degli effetti generati dai diversi dispositivi in commercio ma anche di esplorare le abitudini e le motivazioni che spingono i giovani ad approcciarsi al fumo. L'analisi è stata presentata il 25 maggio, alla Fondazione Feltrinelli di viale Pasubio a Milano, in un evento alla presenza di Francesco Schittulli, presidente Nazionale LILT,

Marco Alloisio, presidente di LILT Milano Monza Brianza, Riccardo Grassi, ricercatore SWG e Silvano Gallus, responsabile del Laboratorio di Ricerca sugli Stili di Vita dell'Istituto Mario Negri.

L'indagine – Nella ricerca è stato analizzato un campione di 1.450 fumatori lombardi, con età compresa tra i 18 e i 70 anni. Il quadro è sostanzialmente simile al 2022, anche se si assiste a una leggera diminuzione dei fumatori tradizionali (dal 37 al 33%) e a un aumento di chi utilizza in forma prevalente (più 2%) o combinata (più 4%) dispositivi elettronici.

Il modello di consumo risulta sempre più diversificato. *“I fumatori occasionali o abituali che utilizzano più dispositivi sono oltre il 40% del totale dei fumatori. L'analisi registra un vero boom dei dispositivi usa e getta, utilizzati almeno occasionalmente da quasi un fumatore lombardo ogni 5; la percentuale sale a uno ogni tre tra gli under 24 – spiega Riccardo Grassi, ricercatore SWG. – La forte penetrazione tra i più giovani di questi dispositivi evidenzia come i consumatori continuino a cercare nuovi prodotti: la curiosità resta il primo motore di avvicinamento al fumo”.*

I fumatori tradizionali sono soprattutto donne, il 57%, con un'età prevalente compresa tra i 55 e i 70 anni (48%). Il fumo rappresenta principalmente un modo per rilassarsi e vi è un diffuso desiderio di smettere di fumare che però non riesce a concretizzarsi.

Un terzo dei fumatori ha iniziato a fumare a meno di 16 anni. Tra i 18 – 24enni il dato è quasi la metà. Si conferma un accesso al fumo che parte soprattutto dal contesto amicale.

Uno stipendio medio di un mese va in fumo – La spesa media per fumo e svapo supera i 25 euro settimanali, con una proiezione di oltre 1.300 euro all'anno: in pratica ogni anno uno stipendio medio di un lombardo se ne va in fumo.

Tre fumatori su 5 dichiarano che vorrebbero smettere. Per oltre il 30% dei fumatori lombardi il fumo rappresenta una dipendenza o una condanna e quasi il 70% di loro ha provato almeno una volta a smettere di fumare. L'incidenza più alta è tra i fumatori occasionali.

Un fumatore su cinque (in particolar tra gli under 35) ha partecipato a incontri ed eventi di prevenzione e sensibilizzazione contro il fumo. Il divieto assoluto di fumo per i giovani imposto di recente in Nuova Zelanda provoca reazioni contrastanti: è un'attenzione apprezzata dai più giovani, ma si teme possa generare un aumento del mercato nero.

Gli irriducibili – La quota di fumatori incalliti è relativamente ridotta (tra il 25 e il 40% del totale degli attuali fumatori) ed è poco permeabile a qualsiasi iniziativa di contrasto.

Un fumatore su quattro ritiene che non dovrebbe esserci alcuna strategia pubblica di riduzione del fumo ma il divieto assoluto di fumo avrebbe effetti soprattutto sui più giovani. Dai 18 ai 24 anni smetterebbe il 69%. La percentuale scende con l'età. Un simile provvedimento è però considerato efficace solo dal 30%.

Nuovi dispositivi – Cresce la percentuale di chi ritiene i dispositivi a tabacco riscaldato e le sigarette elettroniche dannose per la salute e per l'ambiente, diminuisce in maniera marcata la percentuale di chi ritiene che la scelta di questi dispositivi sia legata alla volontà di smettere di fumare o di ridurre i propri consumi. Praticità e pressione sociale spingono queste scelte, nonostante cresca la consapevolezza dei pericoli legati al loro utilizzo.

Lessons from the future – Da sempre le giovani generazioni sono al centro dei percorsi di sensibilizzazione contro il fumo, per informare ed educare sulle azioni nocive del tabacco. Per la campagna 2023 LILT ha scelto una classe di liceo e un sorprendente sguardo al futuro, per non mandarlo in fumo. Con Lessons from the future, grazie alla collaborazione pro bono con l'agenzia Tbwa Italia, LILT ha portato i giovani avanti nel tempo, per invitarli a scegliere oggi la salute di domani.

In un video, strumento chiave della campagna, gli studenti dell'Istituto superiore Iris Versari di Cesano Maderno (Monza Brianza) si trovano a tu per tu con il proprio alter ego adulto e con la sua storia colpita o no dal fumo. Perché senza fumo, tutti possono iniziare a scrivere storie diverse, per noi e per il nostro pianeta e i ragazzi di oggi possono mandare chiaro e forte questo messaggio.

Petizione per la prima generazione europea libera dal fumo – Proprio per salvare le nuove generazioni e contrastare i danni ambientali causati dal fumo, LILT ha scelto di promuovere l'iniziativa dei cittadini europei che ha l'obiettivo di creare la prima generazione libera dal tabacco entro il 2030, affiancando l'Istituto Mario Negri, coordinatore italiano della petizione. L'obiettivo è raccogliere 1 milione di firme a livello europeo entro il 16 gennaio 2024, di cui almeno 54 mila in Italia, a supporto della proposta per il Parlamento europeo di mettere fine alla vendita di tabacco e prodotti a base di nicotina ai cittadini europei nati dopo il primo gennaio 2010. Una scelta che è già realtà in Nuova Zelanda, primo paese ad aver approvato una legge a tutela dei più giovani, vietando la vendita di sigarette a tutti i nati dopo il primo gennaio 2009. Per poter firmare la petizione occorre essere cittadini europei e avere almeno 18 anni.

Commenta **Silviano Gallus, capo dipartimento Ricerca ambiente e salute dell'Istituto ricerche farmacologiche Mario Negri**: *“Abbiamo un'occasione unica di liberare l'Europa dal tabacco. Per questo abbiamo bisogno del supporto di tutti. Invitiamo a firmare questa petizione chi, come noi, pensa che sia importante vivere in un ambiente sano e in un futuro libero dalla schiavitù della nicotina”*.

La ricerca sulle abitudini al fumo in Lombardia è stata sostenuta dal Coordinamento Regionale Lombardia di LILT. Le iniziative per la Giornata Mondiale Senza Tabacco a Milano e Monza sono state rese possibili da FSI, Etica Sgr, Mar-Ga e Redax

ISS: lo stress mette a rischio la salute dei caregiver familiari, soprattutto se donne

Secondo uno studio pilota dell'ISS le donne caregiver sono più a rischio depressione e alimentazione irregolare

di Redazione



Lo stress dovuto al doversi prendere cura di un familiare non autosufficiente per malattia cronica o per disabilità mette a rischio la salute dei 'caregiver' familiari, con le **donne** che sono più esposte agli effetti negativi. Lo affermano i dati di uno **studio pilota** presentati all'ISS al convegno su Stress, salute e differenze di genere nei "caregiver" familiari organizzato dal Centro di riferimento per la medicina di genere in collaborazione con il Centro per le Scienze comportamentali e salute mentale.

Le donne caregiver più a rischio depressione e disordini alimentari

I risultati ottenuti, relativi alla somministrazione dei questionari compilati da 201 campioni nella regione **Lazio**, hanno evidenziato quanto lo **stress** sia un fattore di rischio per l'insorgenza di sintomi depressivi e di quanto le donne percepiscano un livello di stress elevato più degli uomini (34% vs 14%) e siano esposte a un maggior rischio di salute rispetto agli uomini (almeno un disturbo insorto dopo l'inizio dell'attività di caregiving: 65% vs 42%; salute attuale non buona: 67% vs 53%). Inoltre, aggiungendo un'ulteriore differenza sostanziale, le donne tendono ad avere un'**alimentazione irregolare** più degli uomini (44% vs 33%), mostrando un'inversione di tendenza rispetto alle donne della popolazione generale, mentre gli uomini mantengono la loro caratteristica nel maggior consumo di alcool (38% vs 22%).

Accrescere la consapevolezza

«Lo scopo del convegno – **spiega Marina Petri**, responsabile dell'evento -, è di accrescere nei "caregiver" familiari la consapevolezza dei possibili rischi per la salute associati allo stress da carico assistenziale, considerando anche le differenze di salute genere-specifiche». «Mettere in evidenza le differenze di sesso e genere nello stato di salute dei "caregiver" familiari – **afferma Elena Ortona**, Direttrice del Centro di riferimento per la medicina di genere – è fondamentale perché sono prevalentemente le donne ad assumersi il ruolo di cura e assistenza in famiglia, ma anche perché le disuguaglianze di genere possono causare a loro volta disuguaglianze di salute. Alla luce di ciò, le politiche socio-sanitarie regionali, nel programmare interventi di sostegno diretti ai caregiver familiari, dovrebbero considerare le differenze genere-specifiche evidence-based ai fini della prevenzione delle malattie associate allo stress».

S
24

La denuncia delle 30 società scientifiche Fosscc: "crisi di sistema", Meloni intervenga. Le stime: mancano 30mila medici, 70mila infermieri e 100mila posti letto



In Italia mancano 30.000 medici ospedalieri, 70.000 infermieri e circa 100.000 posti letto. A lanciare l'allarme è il Forum delle 30 società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari (Fosscc) che chiede alla presidente del consiglio Giorgia Meloni provvedimenti urgenti per salvare gli ospedali a cominciare dalla "completa revisione dei parametri organizzativi degli ospedali sanciti dal decreto ministeriale 70/2015". L'obiettivo - spiegano dal Forum - è porre un argine al progressivo depotenziamento della sanità. La crisi del sistema è nei numeri. Che sono questi, secondo i dati messi in fila dalle società scientifiche: in 10 anni, tra 2011-2021, in Italia sono stati chiusi 125 ospedali, ben il 12%. Nel 2011 tra pubblici e privati erano 1.120, per diminuire a 995 nel 2021, con un taglio più marcato per le strutture pubbliche (84 in meno).

In un solo anno secondo la Fosscc sono stati eliminati quasi 21.500 posti letto, incrementati solo per affrontare i mesi più duri della pandemia: nel 2020 erano 257.977, per poi scendere a 236.481 nel 2021. Mancano almeno 30mila specialisti ospedalieri: sono circa 130mila, 60mila in meno della Germania e 43mila in meno della Francia. Tra medici neolaureati e specializzandi, più di 1.000 l'anno vanno all'estero per stipendi e condizioni di lavoro "nettamente migliori". In particolare, nei Pronto soccorso mancano 4.200 camici bianchi (in sei mesi, da gennaio a luglio 2022, se ne sono dimessi 600, circa 100 al mese). Inoltre mancano circa 70.000 infermieri. Infine, i conti: la previsione della spesa sanitaria sul Pil per il 2023-2026 - attacca ancora la Fosscc - registrerà già nel 2024 il ritorno al 6,3% rispetto a una media dell'8,8% dei 37 Paesi dell'Ocse e del 10% circa di Francia e Germania. «La crisi del sistema ospedaliero, a causa delle politiche deliberatamente anti ospedaliere dei precedenti Governi, paradossalmente ignorata dal Pnrr, è innegabile e ha raggiunto livelli di tale criticità da creare per la prima volta in tutti noi un enorme problema deontologico - afferma Francesco Cognetti, coordinatore del Forum -. Il ministro Schillaci sta facendo la sua parte ed è finalmente in procinto di istituire un Tavolo tecnico di confronto ma esiste un problema di risorse. Non siamo più disposti ad assecondare, a scapito dei nostri doveri morali, le scelte politiche sbagliate che da anni stiamo subendo come medici, con conseguenze estremamente dannose per i nostri 15 milioni di pazienti. Per questo chiediamo al Presidente Meloni di adottare provvedimenti urgenti».

"Abbiamo appreso con estremo interesse le intenzioni del Presidente del Consiglio di voler cambiare l'indirizzo e i campi d'applicazione del Pnrr - affermano le 30 Società scientifiche riunite in Fosscc -. Riteniamo che questa sarebbe un'occasione unica per la sanità di impiegare una quantità cospicua di fondi già devoluti alla medicina territoriale e destinati purtroppo a non raggiungere i risultati attesi, proprio per l'estrema carenza di personale medico ed infermieristico. Non bastano le 1.350 Case di Comunità previste dal Pnrr a risolvere i problemi della sanità, se non si affrontano i nodi centrali della crisi profonda degli Ospedali e delle risorse per il reclutamento del personale. Nel caso sia impossibile stornare queste risorse economiche dal Pnrr, si dovrà necessariamente provvedere altrimenti. Anche l'Ocse si è dichiarata molto preoccupata per nuove crisi sanitarie nei Paesi che investono minori risorse in sanità e per l'Italia prevede "un investimento pari ad almeno l'1,4% in più rispetto al Pil 2021", che equivale a un aumento annuo di ben 25 miliardi di euro".

Il Dm 70 del 2015 ha determinato standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera senza alcuna considerazione di quelli che erano già allora i parametri vigenti negli altri Paesi europei - continuano le società scientifiche -. Tutto ciò "ha inevitabilmente prodotto un'estrema debolezza del nostro sistema ospedaliero, acuita dalla pandemia. In queste condizioni sarà impossibile attuare ciò che è previsto dal Pnrr sulla medicina territoriale. Non basta la costruzione di nuovi edifici, come le Case di Comunità, che non rispondono affatto all'idea di prossimità delle cure e rischiano di restare cattedrali nel deserto senza alcun collegamento con l'ospedale. Il numero di posti letto di degenza ordinaria deve crescere ben oltre i 350 per 100.000 abitanti odierni fino a raggiungere almeno la media europea di 500. Anche il numero di posti letto di terapia intensiva deve superare i 14 posti letto, peraltro rimasti sulla carta e mai raggiunti, per arrivare almeno a 20-25 per 100.000 abitanti. In questa situazione riteniamo sia impensabile distrarre personale dai nosocomi verso le strutture territoriali previste dal Pnrr, cioè Case od Ospedali di Comunità".

Il Servizio sanitario nazionale è sempre meno pubblico e la partecipazione dei privati cittadini alla spesa sanitaria è divenuta via via sempre più imponente fino a raggiungere lo scorso anno la cifra di 37 miliardi, con un numero inferiore di strutture ospedaliere e personale, senza

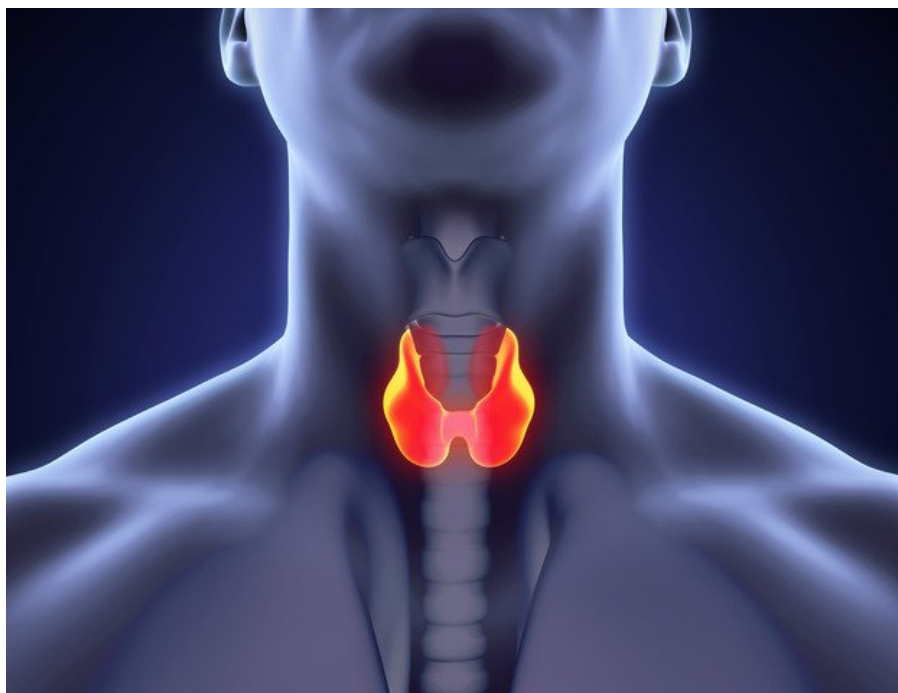
un potenziamento adeguato del territorio. "Dobbiamo abbandonare definitivamente tutte le politiche di deospedalizzazione che hanno colpito il settore negli ultimi 40 anni – sottolineano le Società scientifiche -. Bisogna assumere un numero consistente di medici e infermieri, per potenziare gli ospedali. Inoltre, va frenato l'esodo di neolaureati, che per specializzarsi vanno all'estero, e il prepensionamento di molti medici, cui vanno garantiti stipendi migliori per evitare, per esempio, la fuga dai Pronto soccorso. Va risolto anche il vergognoso problema dei medici gettonisti, che rappresentano la risposta disperata a una drammatica carenza di personale, ma in questa situazione anche ciò è difficilissimo. I gettonisti sono mandati "allo sbaraglio" nei Pronto soccorso attraverso le assunzioni in cooperative private che contraggono rapporti con molti ospedali e con emolumenti doppi o tripli rispetto ai colleghi strutturati anche da molti anni. L'effetto di questa situazione, che sembra ormai incontrollabile, oltre a produrre un enorme esborso di risorse pubbliche, rappresenta un incentivo all'esodo dei dipendenti ospedalieri e può causare effetti dannosi incalcolabili per i pazienti".

Il Pnrr prevede un investimento sanitario improntato su due grandi voci: edilizia e tecnologia. "Costruire muri, però, non significa avere ospedali, che richiedono personale e competenze che non ci sono – sottolineano le 30 Società scientifiche di FoSSC -. Va superata la storica dualità fra ospedale e territorio, a favore di un unico sistema di servizi interconnesso, continuo e complementare. Il vero e proprio ospedale deve estendersi funzionalmente anche alle realtà sanitarie territoriali. Ciò che è territoriale deve essere considerato pre e post-ospedaliero, in una visione integrata delle due realtà. La recente Conferenza della Sanità del G7, che si è svolta in Giappone, ha prodotto un Documento finale in cui viene rilanciato l'impegno a rafforzare i sistemi sanitari – concludono le Società Scientifiche -. Anche Papa Francesco e il Presidente della Repubblica hanno più volte dichiarato la loro viva preoccupazione, lanciando moniti e raccomandazioni per sostenere il sistema sanitario pubblico. Ci auguriamo che il Governo ascolti i clinici che ogni giorno curano i cittadini negli ospedali".

Settimana della tiroide, allarme dei pazienti CAPE: «Servizi territoriali in difficoltà a seguire evoluzione patologie»

CAPE (Ass. Pazienti Endocrini): «Bene documento condiviso, ora migliorare presa in carico territoriale»

di Chiara Stella Scarano



Familiarità, genetica, cronicità. Questi i temi maggiormente attenzionati nell'ambito della **Settimana mondiale della Tiroide 2023 in corso dal 22 al 28 maggio**, che ha coinvolto, oltre alle principali società scientifiche dell'endocrinologia italiana, anche le realtà associative di pazienti con patologia tiroidea. Anche per rispondere alle numerose istanze di questi ultimi, le società scientifiche hanno elaborato un documento chiarificatore, condiviso con l'Istituto Superiore di Sanità, volto a dissipare i dubbi e rispondere alle domande più frequenti, dal titolo "Tiroide: genetica, familiarità e cronicità". Su questi temi, ma anche sulla prevenzione e sulle criticità nella presa in carico, Sanità Informazione ha intervistato il **professor Rinaldo Guglielmi, coordinatore AME** (Associazione Medici Endocrinologi) per la Settimana della Tiroide, e la **presidente CAPE** (Comitato delle Associazioni dei Pazienti Endocrini) **Anna Maria Biancifiori**.

Ereditarietà e familiarità

«La familiarità nelle patologie tiroidee era considerata in passato molto incisiva – afferma Guglielmi – In realtà oggi sappiamo che una ereditarietà vera e propria riguarda una percentuale minima di pazienti ed è relativa soprattutto ad alcune **sindromi congenite** e alla forma familiare del **tumore midollare della tiroide**, piuttosto raro. Nell maggior parte dei casi, invece, la familiarità consiste nell'ereditare una predisposizione verso alcune patologie tiroidee, tra cui i **noduli della tiroide** o la tiroidite, che però presuppongono un fattore "trigger" esogeno perché la patologia si sviluppi. La causa principale della patologia tiroidea più diffusa, cioè il **gozzo**, è invece la carenza di iodio, che nel nostro Paese è stata fortemente arginata grazie alle campagne che l'endocrinologia italiana mette in campo, e sulla diffusione del consumo di sale iodato».

Prevenzione e diagnosi precoce

«Il **sale iodato** – prosegue Guglielmi – sicuramente consente di prevenire gran parte delle patologie tiroidee, o almeno di ridurne l'espressività clinica. Per contro negli ultimi anni un certo **abuso incontrollato di integratori** sta contribuendo a favorire la comparsa di alcune patologie autoimmuni anziché aiutare a prevenirle. La **diagnosi precoce** invece ha una rilevanza molto importante nell'ambito delle indagini effettuate dalla **donna in gravidanza**: il dosaggio TSH, infatti, può far emergere disturbi tiroidei non diagnosticati in una fase precedente perché magari in uno stato sub-clinico. Il **mutato assetto ormonale** della gravidanza, invece, può "slatentizzare" questi disturbi che comunque, con una adeguata correzione terapeutica, sono assolutamente gestibili».

Tiroide e cronicità

«La patologia tiroidea è una delle più importanti nell'ambito delle cronicità – spiega ancora il professor Guglielmi – e questo è un punto centrale se parliamo di **monitoraggio e gestione terapeutica**. Come nella maggior parte delle patologie croniche gestibili attraverso i farmaci e che non hanno una evoluzione particolarmente negativa, il paziente appena diagnosticato è particolarmente

Tumore al pancreas possibile identificarlo con tre anni di anticipo grazie all'intelligenza artificiale.

Le associazioni dei familiari chiedono più attenzione ai MMG e alle Istituzioni per avere corsie preferenziali nelle indagini diagnostiche per i pazienti con tumore al pancreas e test genetici per chi ha familiarità

di Federica Bosco



Un vantaggio di tre anni sul tumore del pancreas: è questo il sorprendente risultato che si potrebbe ottenere in futuro grazie all'**intelligenza artificiale**. Un traguardo che consentirebbe a **medici e pazienti** di scoprire in anticipo quella che è considerata una delle forme di tumore più letale. Oggi, infatti, una diagnosi precoce viene fatta solo ad un 12 per cento dei casi il che determina una **sopravvivenza a 5 anni** del **44** per cento dei pazienti. Quando invece la diagnosi è tardiva e il tumore già metastatizzato, la percentuale di sopravvivenza a 5 anni scende sotto al 10 per cento. Stime che secondo lo studio americano pubblicato su **Nature Medicine** potrebbero essere riviste se si riuscisse ad anticipare la scoperta della malattia. Perché ciò possa accadere, però è necessario che i medici tengano monitorato lo stato di salute dei pazienti più a rischio con esami approfonditi come la **tomografia computerizzata (CT)** o la **risonanza magnetica (MRI)**.

Il ruolo dei medici di medicina generale

Sono **nove milioni** le **cartelle cliniche** americane e danesi analizzate nello studio pubblicato su Nature Medicine. Numeri che hanno evidenziato una maggiore predisposizione ad ammalarsi di tumore al pancreas nei tre anni successivi i soggetti con diabete, calcoli biliari, anemia, alti livelli di colesterolo, obesità, malattie infiammatorie intestinali, cancro al colon, oltre ad altre patologie del pancreas. «È importante un'attenta osservazione dei sintomi, che spesso sono vaghi, da parte del medico di medicina generale», dice a Sanità Informazione **Viviana Ferrari Presidente di Nastro Viola**. L'associazione di familiari e pazienti attiva dal 2015. «Siamo nati per sopperire ad una assenza di informazioni su una patologia considerata rara fino a pochi anni fa, mentre oggi l'incidenza del tumore al pancreas è in aumento anche tra soggetti giovani. La cura non c'è e dunque noi facciamo campagne di sensibilizzazione e raccogliamo fondi per la ricerca» spiega Viviana. La donna ha perso, a causa della malattia, due familiari e chiama in causa i medici di medicina generale. «Il problema è che il paziente lamenta sintomi generici che il medico di base spesso riporta ad una gastrite o allo stress, invece di indagare e dunque quando si scopre il tumore è tardi» dice.

La prevenzione è tutto nel tumore al pancreas

Radioterapia interna e farmaci biologici negli ultimi mesi hanno fatto sperare in una cura finalmente efficace, ma non per tutti. «Purtroppo, i casi ripresi su giornali e media riguardavano forme meno aggressive o senza metastasi – ammette la presidente dell'associazione Nastro Viola -. La maggior parte dei tumori al pancreas quando individuati, invece, sono già metastatizzati e dunque impossibili da arrestare. L'unica arma ad oggi efficace è la **prevenzione**. Riconoscere la patologia in una fase iniziale permette di effettuare la terapia e l'intervento. In quel caso ci sono buone speranze di arrivare ad una sopravvivenza di cinque anni».

Test genetici e risonanza magnetica per scoprire in anticipo il tumore al pancreas

Per "correre" più veloce del tumore sono necessari esami specifici: «Con **test genetici** e risonanza magnetica è possibile riconoscere il cancro nella prima fase – spiega la Presidente dell'Associazione Nastro Viola -. Chi ha familiarità può fare il test per sapere se è presente il gene mutato BRCA 1 o 2. Questo è uno strumento utile che permette ai soggetti a rischio di tenere monitorata la situazione. Resta il fatto però che non tutti i medici di medicina generale danno le informazioni ai pazienti e ai loro familiari. Quindi non sanno che sottoporsi a periodici esami può salvare loro la vita. Io ne sono consapevole perché ci sono passata

due volte, ma chi si trova a gestire per la prima volta un tumore al pancreas in famiglia se non viene informato di questa possibilità non sa dell'esistenza di un gene mutato. Questa attenzione spetta al medico di medicina generale che deve avere tutta l'anamnesi e fornire le informazioni sui test genetici. Questo è un grave limite».

Una corsia preferenziale in ospedale

Se la diagnosi precoce con test genetici e risonanza magnetica rappresenta la miglior arma attuale contro il tumore al pancreas, esiste poi un'altra emergenza denunciata dalle associazioni di pazienti. «Si tratta della **gestione dei malati in ospedale**. Lunghe **liste d'attesa** impediscono il rispetto dei tempi degli esami, così spesso la risonanza magnetica anziché essere fatta nei tre mesi, slitta a quattro, cinque o anche sei mesi. Questo non permette di avere una aderenza corretta della terapia e di conseguenza può comprometterne l'efficacia. Anche un eventuale accesso al pronto soccorso comporta dei tempi di attesa molto lunghi nonostante il codice rosso e questo per un paziente che sta combattendo contro il tumore al pancreas è devastante. In Lombardia esistono le **Pancreas Unit**, ma per il momento funzionano solo a livello teorico. Dovrebbe esserci una corsia preferenziale per l'accesso in ospedale o alle indagini diagnostiche; invece, non è così e su questo noi ci battiamo con forza. Con l'ex viceministro **Pierpaolo Sileri** avevamo avviato un tavolo di lavoro, ma poi il governo è cambiato ed ora è tutto da rifare».

Venerdì 26 MAGGIO 2023

Un confronto onesto e competente sulla psichiatria è sempre più urgente

Ripetuti e recenti fatti di cronaca hanno visto al centro la psichiatria. E se al principio alcuni hanno accusato la legge 180 e alcuni dei suoi sostenitori, ad essa attribuendo i fatti di cronaca accaduti, sta poi affiorando l'esigenza di un confronto onesto e competente su quelli che sono i problemi pratici e teorici con cui ci dobbiamo misurare. Perché i problemi ci sono e sono seri. A partire dalla questione delle carceri

Convocata ormai quotidianamente per via mediatica la psichiatria è al centro dell'attenzione come non mai negli ultimi anni.

Tutto era iniziato con la estensione oltre ogni confine del costrutto di salute mentale, passato dal designare un approccio comunitario alla sofferenza mentale a un generico contenitore di disagi e disturbi in cui mettere tutto quello che turba e ci interroga in quanto umani, dalla pandemia al disadattamento, dalle tante possibili diversità alle patologie conclamate, dal bonus psicologi alla violenza di strada, dalle diagnosi tradizionali ai neologismi tirati fuori per descrivere in modo 'scientifico' l'esistente.

Ma poi a essere chiamata in causa è stata proprio la psichiatria. Il tristissimo episodio che ha visto la morte della psichiatra Barbara Capovani è stato seguito da altri eventi, per fortuna meno cruenti, che rimbalzano giornalmente sulla piazza mediatica e riconducono il dibattito al problematico binomio che combina psichiatria e giustizia, e al ricorso sempre evocabile a soluzioni reclusive e segreganti il cui scopo sarebbe di proteggere la società dalla violenza inestricabilmente legata alla follia.

Se al principio alcuni hanno accusato la legge 180 e alcuni dei suoi sostenitori, ad essa attribuendo i fatti di cronaca accaduti, sta poi affiorando l'esigenza di un confronto onesto e competente su quelli che sono i problemi pratici e teorici con cui ci dobbiamo misurare. Perché i problemi ci sono e sono seri.

Dunque la 180 non è in discussione, come confermato da autorevoli esponenti della psichiatria istituzionale: non lo è la questione dei diritti alle cure, non lo è quella della dimensione medica e sanitaria di quelle cure e nemmeno quella di una disciplina medica che non può e non vuole diventare, o tornare ad essere, il braccio armato della giustizia, vestito di camice bianco.

Né ci pare possano essere poste a rischio tutte quelle pratiche che ne hanno accompagnato l'attuazione: tuttalpiù sarebbe arrivato il momento di valutare e misurare seriamente l'efficacia di tutte quelle azioni complesse, cliniche ed extracliniche, in termini di salute. Non è in discussione neppure l'impianto organizzativo concepito per prevenire l'abbandono attraverso l'articolazione dipartimentale che traccia percorsi che vanno dal trattamento in acuzie alla presa in carico territoriale e alle pratiche di inclusione sociale, sintetizzabile nel termine pur controverso di riabilitazione.

Un impianto migliorabile, certo, a partire dalla possibilità di intercettare modalità di sofferenza che non trovano accoglienza nella stanca rete di servizi territoriali, ridotta peraltro per quantità e personale a dispensari ambulatoriali. Questa apertura al sociale richiederebbe soluzioni mature che non passano certo per la misera *deregulation* del bonus psicologico, ma neppure per l'offerta di tanti presidi specialistici quante sono le cosiddette nuove patologie emergenti.

Quindi, se non è in discussione la 180 cosa lo è?

In primo luogo la convinzione che la psichiatria possa, sappia o debba occuparsi direttamente e con i suoi mezzi di quelle persone che adottano forme di proiezione sull'altro della violenza, modi di devianza e delinquenza che, in mancanza di migliori termini e concettualizzazioni, vengono rubricati come 'disturbi antisociali': quelli in cui le 'cose' sono gli altri esseri umani, trattati perversamente come oggetti e ridotti a strumenti della propria soddisfazione, del proprio potere, quindi non riconosciuti come 'altri' in una categoria in cui annoverare molti criminali e pressoché tutti gli autori di delitti di genere.

E anche alcuni individui i cui comportamenti mirano al possesso dell'altro, fisico o mentale, e tradiscono a stento l'angoscia di esserne posseduti: parliamo di alcune organizzazioni psichiche e relazionali che si centrano intorno alla gelosia o alla persecutorietà, fenomeni, come noto, psicopatologicamente molto vicini tra loro.

Per costoro la sofferenza psichica, quella di cui si occupa la psichiatria e di cui, se va bene, dispone di strumenti operativi e concettuali, è negata e comunque oramai così lontana, nel passato remoto della sua origine, che è stata sostituita da comportamenti, cortocircuiti di pensiero, modi di stare al mondo e di relazionarsi con gli altri, sempre più lontani dalla critica e dalla consapevolezza.

Quali nuovi ambiti aprire per adeguare i sistemi di cura e di contenimento che lo stato appronta nei confronti del modo con cui si presentano sulla scena pubblica certi fenomeni? L'omicidio della dottoressa Capovani ha avviato, oltre che comprensibili reazioni nell'opinione pubblica e tra gli operatori, una rinnovata riflessione sugli strumenti legislativi, giuridici e sanitari per poter prevenire, trattare, isolare gli attori di tali comportamenti violenti attribuibili proprio a questa categoria di persone sinteticamente descritte in precedenza e riconducibili a una modalità di devianza 'antisociale'.

C'è chi sbrigativamente si è schierato per l'apertura e la moltiplicazione di nuove REMS, una versione aggiornata della soluzione reclusiva, applicata ai rei folli e i folli rei.

C'è chi si è pronunciato per una soluzione carceraria: colui che delinque vada in carcere dove può essere curato, visto che il suo delitto è stato propiziato da una condizione psichica patologica.

C'è poi chi punta sulla necessità di rivedere gli articoli del C.P. riguardanti l'imputabilità inserendo nel codice diagnosi mediche a cui limitarne l'applicabilità, ovvero, come da altri proposto, nella prospettiva della parità di diritti di tutti, qualunque sia la condizione psichica in cui versano, pur riconoscendo la necessità di cure.

Ora, sotto la spinta dei fenomeni descritti e quella dei recenti fatti di cronaca, invece che cercare soluzioni 'facili', scorciatoie mirate a rassicurare opinione pubblica ed elettorati, che potrebbero avere come esito solo quello di aumentare la confusione ed estendere a dismisura quell'area 'grigia' di non matti e non delinquenti si dovrebbe dare corso a un processo di vera riforma dell'ambito psichiatrico/giudiziario.

E questa sarebbe la vera novità, la vera innovazione che potrebbe introdurre cambiamenti di passo non effimeri in un ambito in cui ad essere in difficoltà sono sia gli psichiatri che i giudici, sia la sanità che la giustizia, come si è visto tragicamente, seguendo i passaggi che hanno preceduto la morte della dottoressa Capovani.

Psichiatri spaventati, minacciati invocano l'intervento di Amministratori di Sostegno divenuti, con l'ambigua estensione dei loro poteri, operatori sanitari aggiunti, cooptati in compiti clinici non a loro spettanti. Oppure chiedono aiuto, in funzione repressiva o preventiva, alle forze dell'ordine che, in assenza di direttive univoche, si barcamenano tra il ruolo di difesa della collettività e di prevenzione dei crimini e finalità non chiare della loro azione quando è in gioco una qualche supposta patologia mentale.

Comunque tutti rimandano alla magistratura il potere di porre vincoli giuridici e penali a chi compie atti minacciosi e violenti. Una magistratura che, in assenza di un referente affidabile nella psichiatria territoriale dei DSM impoveriti, svuotati e disorientati, se li rappresenta come un prolungamento della sua giurisdizione e chiede loro di eseguire impropriamente compiti di polizia e di controllo penitenziario.

In alternativa o al contempo, dispone ricoveri in SPDC o in via preventiva in REMS, identificate come luoghi sicuri, visti come meri sostituti dell'OPG, attraverso i quali la società può essere protetta. Si moltiplicano così le persone destinate a questo circuito e si determina un corto circuito perverso in quanto induce la domanda di sempre maggiori letti in REMS o in strutture analoghe, di cui alcune regioni apripista stanno già creativamente dotandosi. Come noto, tale soluzione è apprezzata anche da alcuni settori della psichiatria pubblica e dalle Regioni.

Psichiatria Democratica si è sempre spesa per la chiusura degli OPG e per introdurre modalità operative collaborative tra servizi psichiatrici pubblici e magistratura (i Protocolli Operativi licenziati dal Consiglio Superiore della Magistratura nel 2018). In nome di questa storica attenzione riteniamo che gli interventi sul Codice Penale (codice Rocco, ricordiamolo, promulgato nel 1930) siano una soluzione auspicabile ma che necessita di ponderatezza: il pericolo di modificarne due articoli all'interno di un corpus omogeneo è quello di innescare a catena conseguenze ingestibili e di procurare inevitabili impasse giuridiche e di gestione.

Non auspichiamo neppure l'introduzione di nuove leggi, frutto della convinzione che la via legislativa sia l'unica possibile per correggere, sulla carta, quanto non funziona. La strada maestra, pertanto, è quella di affrontare il problema nella sua complessità: stiamo parlando di come scongiurare una deriva in corso in cui, per ammissione quasi generale, la psichiatria si ritrova a gestire, senza averne gli strumenti (anzi, privata anche di quelli di cui dovrebbe disporre per assolvere i suoi compiti deontologici, disciplinari e sanitari) un certo numero di persone che non sono annoverabili nelle categorie diagnostiche correnti e che hanno con la sofferenza mentale un rapporto talmente ormai antico che è difficilmente rintracciabile, ovvero riconducibile ad uno stato di consapevolezza ed elaborabilità.

Quindi che fare? Incarcerare e curare in carcere? È quello il luogo dove restringere le libertà personali, prevenire il danno, proteggere la società? Questa soluzione andrebbe bene se il problema delle carceri in questo paese non fosse desolatamente trascurato, se non ci fossero un cronico sovraffollamento, fiumi di sostanze circolanti e una pleora di autori di reato legati a spaccio e consumo, se non ci fosse aperto e irrisolto il tema del recupero, se non si ricorresse spesso per via farmacologica e in mancanza di altro a sedare manifestazioni di insofferenza o di indocilità (quello che avviene in via 'preventiva' nei CPR, tanto per ricordarlo...), se non ci fosse un numero eccessivo di suicidi tra i detenuti e di suicidi e comportamenti violenti tra gli agenti di polizia penitenziaria, perché, lo sappiamo, la violenza ambientale è esportabile e la si reca a casa dopo il lavoro insieme alla divisa...

Urge allora un'azione coordinata tra parti dello Stato perché si riapra, in modo non occasionale, strumentale e sensazionalistico, un confronto sui temi dei confini tra sanità e giustizia. I Ministeri della Sanità e della Giustizia possono collaborare per mettere a punto misure efficaci, coerenti e durature. A tempi lunghi una revisione sapiente e competente del Codice Penale sarebbe auspicabile, con un'attenzione specifica non solo agli articoli relativi all'imputabilità ma a tutti quelli ad essi collegati.

Più urgente si pone invece una seria riconsiderazione della gestione delle carceri iniziando dalle articolazioni sanitarie e psichiatriche dotandole di mezzi, luoghi e personale adeguati, per poi proseguire, in nome del diritto e della civiltà, verso un adeguamento della rete carceraria e del suo funzionamento. In ogni caso, le REMS, in carico alla Sanità, non possono in alcun modo sostituire il carcere; non appare necessario aumentarne il numero, visto che gli OPG, alla loro chiusura ospitavano, in gran parte inappropriatamente, circa 1000 persone e che la rete nazionale delle REMS finirebbe per accoglierne una cifra multipla.

Se non ipotizziamo una recrudescenza epidemica della follia violenta (sic!) ci dobbiamo interrogare sulla reale utilità un aumento, tenendo conto anche dei costi in termini di fondi pubblici che potrebbero essere dirottati verso ben altri interventi in termini di efficacia ed appropriatezza. Non si può dilapidare denaro per costruire nuove REMS per rispondere a un'emergenza creata o per sfruttarne la dimensione simbolica di luoghi della reclusione, come sono intesi da chi ne reclama l'ampliamento. In ogni caso non si può concepire la psichiatria come competenza di economisti, amministratori e magistrati.

Antonello D'Elia

Presidente di Psichiatria Democratica

Venerdì 26 MAGGIO 2023

La dirigenza delle professioni sanitarie e l'indennità di esclusività: una partita ancora aperta

È riconosciuto da tutti l'importante ruolo strategico che questa dirigenza svolge per il miglior funzionamento del SSN e sarebbe, quindi, auspicabile un conseguente intervento contrattuale e normativo per valorizzare ed apprezzare tale ruolo.

Sono stato invitato al [convegno](#) sulla dirigenza delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione indetta dalla loro rappresentanza ordinistica e, su loro invito, mi sono trovato a dover fare un intervento in conclusione dell'evento, anche se non previsto in scaletta, i cui passi salienti di seguito riporto.

Come è noto sono stato il coautore della formulazione sia dell'articolo 6 della legge 251/00, che ha istituito la nuova qualifica di dirigente delle professioni sanitarie, sia del successivo articolo 6 della legge 43/06 che ha istituito la loro carriera professionale completa (professionista, professionista specialista, professionista coordinatore, professionista dirigente) nonché della loro normativa concorsuale diversa e distinta per ognuna delle quattro aree professionali declinate dalla richiamata legge 251/00 (articoli 1,2,3 e 4) e di tutta l'attività che ho profuso nei vari ruoli istituzionali che mi sono trovato a svolgere per apprezzare e valorizzare questa nuova dirigenza sanitaria, speso con risultati positivi.

Purtroppo, uno dei pochi risultati non ancora positivi che non sono riuscito a portare a termine, pur avendola messa tutta sia quando ero componente tecnico del Comitato di Settore Regioni-Sanità che come consulente ARAN o nei vari emendamenti e ordini del giorno fatti proporre dai gruppi parlamentari è la questione della piena applicabilità dell'articolo 15 e seguenti del dlgs 502/92 ai dirigenti sanitari dei cui alle successive leggi 251/00 e 43/06, avendo trovato contrarietà da più parti.

Infatti, come è noto è in corso la attività negoziale per il rinnovo dell'area contrattuale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, nella quale sono compresi a pieno titolo anche i dirigenti sanitari appartenenti alle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica di cui all'articolo 6 della legge 251/00.

Sarebbe augurabile e sarebbe un'ottima notizia per la stessa migliore funzionalità dello stesso SSN, non solo per il giusto interesse del personale interessato, se questa tornata contrattuale al contrario della precedente affrontasse e risolvesse la questione delle questioni e cioè se ai sopradescritti dirigenti rientrano nel campo di applicazione dell'articolo 15 quater del dlgs 502/92 riguardante la disciplina del rapporto esclusivo dei dirigenti sanitari con il conseguente beneficio o meno della cosiddetta indennità di esclusività al pari degli altri dirigenti sanitari.

Per analizzare questo problema è opportuno fare un esame corretto delle leggi che regolano il rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria nel suo complesso attraverso un excursus storico di tale normativa.

L'articolo 6 della legge 251/00 al secondo comma, confermato dall'identico articolo della legge 43/06, prevede che " Il Governo, con atto regolamentare emanato ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere".

Ne consegue che nella dirigenza sanitaria del SSN insieme ai preesistenti profili di dirigente medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, biologo, chimico, fisico e psicologo è stato previsto un nuovo dirigente sanitario che ha come requisito di accesso una delle quattro lauree magistrali di una delle quattro aree professionali previste dagli articoli 1,2,3 e 4 della legge 251/00 e in sostituzione della specializzazione post-laurea richiesta per i suddetti preesistenti profili della dirigenza sanitaria cinque anni di esperienza lavorativa come dipendente nella professione sanitaria di appartenenza.

Quindi l'unica differenza tra la nuova qualifica di dirigente sanitario e le preesistenti consiste nel requisito di accesso: invece che un esercizio professionale positivamente svolto in un corso di specializzazione quadriennale o quinquennale successivo alla laurea magistrale, si richiede un esercizio professionale svolto positivamente con un contratto di lavoro dipendente pubblico in una delle professioni sanitarie di cui alla legge 251/00, contratto che si stipula dopo aver vinto una procedura concorsuale il cui requisito è la specifica laurea magistrale e l'iscrizione all'albo professionale.

Nella sostanza il requisito richiesto appare analogo cioè una pluriennale esperienza professionale precedente all'accesso alla dirigenza sanitaria e ciò porterebbe alla conclusione che essendo successiva la normativa dell'articolo 6 della legge 251/00 abbia modificato e integrato in questo requisito la precedente normativa prevista per la dirigenza sanitaria all'articolo 15 e seguenti del dlgs 502/92 che, del resto è titolato: "Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie" ne consegue che nel titolo sia già compresa la nuova qualifica di dirigente sanitario di cui si tratta che è, appunto, un "dirigente delle professioni sanitarie" senza alcuna ombra di dubbio.

Del resto una volta separato il destino contrattuale della dirigenza sanitaria da quello della dirigenza professionale, tecnico e amministrativa del SSN, senza alcuna difficoltà anche i dirigenti sanitari di cui all'articolo 6 della legge 251/00 sono transitati nella nuova area contrattuale della dirigenza medica e sanitaria; tuttavia agli stessi non viene tuttora applicata integralmente la disciplina della dirigenza sanitaria prevista dagli articoli 15 e seguenti del dlgs 502/92 ed in particolare l'articolo 15 quater "esclusività" del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario" come se nella dirigenza sanitaria vi fossero profili con più diritti e profili con meno, per dirla alla latina: non uomini liberi ma uomini liberti.

Secondo questa ricostruzione comparata e sequenziale della normativa questa esclusione dall'applicazione dell'articolo 15 quater del dlgs 502/92 e della prevista indennità di esclusività ai dirigenti sanitari di cui all'articolo 6 del dlgs 502/92 non sembrerebbe comprensibile certamente non sotto il punto di vista economico: si tratta di poche centinaia di dirigenti che rivestono in gran parte incarichi gestionali strategicamente rilevanti non solo nell'ambito dell'attività professionale di appartenenza ma anche trasversale ad esempio direttori di distretto o nella stessa Direzione Aziendale come in Emilia Romagna e altre Regioni si stanno orientando in tal senso.

Riguardo l'obiezione se gli esercenti le professioni sanitarie di cui alla richiamata legge 251/00 all'interno del rapporto di lavoro di dipendenza non dirigenziale possano svolgere attività libero professionale o meno è bene tener conto che oltre ad svolgere attività di supporto all'attività libero-

professionale intra moenia della dirigenza medica e sanitaria, la può svolgere in modalità di rapporto di lavoro a tempo parziale, e se regolarmente autorizzata, in virtù del recente "decreto legge bollette" dall'Azienda Sanitaria anche per i dipendenti a tempo pieno ed infine le c.d. prestazioni aggiuntive regolamentate a livello regionale sono assimilabili a prestazioni libero professionali acquistate dall'Azienda di dipendenza, con fondi dal bilancio aziendale e non da quello contrattuale.

Altra questione spinosa è costituito dal requisito richiesto alla dirigenza medica e sanitaria dell'anzianità quinquennale per il conferimento di un incarico gestionale di struttura semplice o complessa che contrasta anzi è contraddittorio con i dirigenti delle professioni sanitarie di cui alla legge 251/00 che sono nella quasi totalità essere assunti non per esercitare una professione e quindi aver bisogno di un periodo di formazione specialistica, bensì per gestire e dirigere con un'età anagrafica di anzianità di servizio diversa e più avanzata rispetto ai dirigenti medici e agli altri dirigenti sanitari nonché molti dopo aver svolto funzioni organizzative per un lungo periodo nella qualifica predirigenziale.

Per questo sarebbe auspicabile una correzione legislativa che modifichi la normativa in materia riconoscendo che il requisito dell'anzianità nella qualifica dirigenziale di cinque anni per il conferimento di un incarico gestionale è sostituito per i dirigenti delle professioni sanitarie di cui alla legge 251/00 da una positiva pluriennale anzianità di servizio come dipendente nella professione di appartenenza nella corrispondente qualifica predirigenziale.

Non vorrei che l'inserimento di questi dirigenti sanitari nell'area contrattuale della dirigenza medica e sanitaria ricordi per loro la famosa barzelletta di Giggi Proietti tra l'avvocato e il suo cliente, parafrasandola ed edulcorando il linguaggio verrebbe: "...qui e cioè l'inserimento nel contratto dei medici abbiamo vinto...qui nell'indennità di esclusività e nell'incarico gestionale hai perso..."

Infatti, per paradosso se questi dirigenti sanitari avessero seguito il destino degli altri dirigenti professionali, tecnici ed amministrativi del SSN nel contratto dell'area dirigenziale degli enti locali e delle regioni avrebbero, come per loro, avrebbero potuto avere, come è per tutti i dirigenti pubblici, l'incarico gestionale senza aspettare i cinque anni e migliori fondi aziendali...è quanto mai vera la massima cinese non importa di che colore è il gatto l'importante che catturi il topo...oppure alla Manzoni: fu vera gloria aver portato questi dirigenti sanitari nel contratto dei dirigenti medici? Ai posteri l'ardua sentenza....

Mi pare di aver riscontrato coincidenza di analisi e di proposte dai sindacati intervenuti e sarebbe quanto mai prezioso un analogo atteggiamento da parte di altri sindacati della dirigenza medica e sanitaria.

Infatti, anche in questo convegno è stato riconosciuto da tutti l'importante ruolo strategico che questa dirigenza svolge per il miglior funzionamento del SSN e sarebbe, quindi, auspicabile un conseguente intervento contrattuale e normativo per valorizzare ed apprezzare tale ruolo.

Saverio Proia

Giovedì 25 MAGGIO 2023

Malattie reumatologiche autoimmuni. Aoor Villa Sofia-Cervello in prima linea per la diagnosi e la cura

L'Azienda è centro di riferimento. Per le sole forme rare sono circa 250 i pazienti in follow up e circa 500 quelli affetti da Artrite Reumatoide e Psoriasica, LES e Spondiloartriti per i quali l'Azienda è centro prescrittore di farmaci biotecnologici. Provenzano: "Diagnosi precoce, innovazioni farmacologiche e multidisciplinarietà sono parole d'ordine".

Artrite reumatoide e spondiloartriti colpiscono globalmente oltre il 2% della popolazione generale. Esordiscono, generalmente, tra i 30 e 50 anni, con gravi ripercussioni sulla qualità di vita e sul welfare. Imponenti i costi diretti e indiretti che derivano da queste patologie. Si tratta di malattie croniche che affliggono pesantemente malati e famigliari in quanto generano significative disabilità e invalidità, con imponenti costi di sistema, oltre a gravi esiti di mortalità, se non diagnosticate precocemente, anche a causa delle comorbidità (presenza di più patologie) ad esse correlate. A fare il punto è **Giuseppe Provenzano**, direttore dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) Reumatologia (Centro di riferimento Malattie Reumatologiche Rare) dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello" e segretario generale della SIR (Società Italiana Reumatologia).

"Diagnosi precoce, innovazioni farmacologiche e multidisciplinarietà sono parole d'ordine", afferma Provenzano. "Data la complessità e l'eterogeneità clinica di queste malattie – prosegue - sono fondamentali il riconoscimento precoce delle patologie e la gestione delle stesse, che richiede spesso l'intervento di un team multidisciplinare di esperti".

La tempestività diagnostica è oggi ancora più rilevante, sottolinea Provenzano, "perché la disponibilità attuale di farmaci innovativi, estremamente efficaci, ha mutato considerevolmente l'outcome, l'aspettativa e anche la qualità di vita dei pazienti".

Sul piano organizzativo, "posto che la sfida è anche quella di migliorare l'aderenza terapeutica, aspetto quest'ultimo talora critico", per Provenzano "un enorme supporto può arrivare dalla Telemedicina. Sul punto SIR ha avviato un'interlocuzione con ISS e gli altri attori coinvolti in questo processo. Fermo restando che la visita "in presenza" non deve giammai essere sostituita, poter fornire da remoto un aiuto al paziente, almeno in quelle situazioni in cui lo stesso è lontano dal centro reumatologico prescrittore, può scongiurare l'abbandono della cura".

Dal palazzo

Triennio 2019-2021

Valutazione Agenas, ecco "promossi" e "bocciati" tra gli ospedali siciliani

L'Arnas Garibaldi guidato da De Nicola ottiene il risultato migliore, positivo pure il Policlinico di Messina. Meno bene, tra gli altri, Arnas Civico e Villa Sofia Cervello.



🕒 Tempo di lettura: 5 minuti



25 Maggio 2023 - di [Michele Ferraro](#)

Rent Car Palermo

Noleggio Auto a Palermo

Servizio di noleggio auto senza carta di credito. Richiedi un preventivo

bruccolarent.com

APRI

[IN SANITAS](#) > Dal Palazzo

Ieri l'**AGENAS** ha presentato per la prima volta il nuovo modello di **valutazione multidimensionale** della performance manageriale nelle Aziende Ospedaliere pubbliche. In particolare, l'analisi ha riguardato **53 strutture** distribuite in tutto il paese e suddivise in due categorie: Aziende Ospedaliere e ARNAS (23 in tutto) e Policlinici Universitari (30 in tutto). Inoltre, per entrambe le categorie, è stata prevista un'ulteriore differenziazione a seconda dei posti letto disponibili, (strutture con più di 700 posti letto e strutture con meno di 700 posti letto). Successivamente la valutazione interesserà anche le Aziende sanitarie territoriali (le ASP).

L'Agenzia, si legge in un comunicato stampa diffuso oggi, ha valutato la capacità di conseguire **obiettivi assistenziali** (in particolare gli esiti delle cure e l'accessibilità ai

Dieta Chetogenica Palermo - Dietista per Colon Irritabile

Chiama Ora per Prenotare. Dott. Riccardo Pitarresi. Dietista Palermo. medicisicilia.it

La metodologia adottata ha visto l'individuazione di cinque aree di performance:

1. Accessibilità;
2. Governance dei processi organizzativi;
3. Sostenibilità economico-patrimoniale;
4. Personale;
5. Investimenti.

Concerti a lume di candela a Firenze

Per valutare ciascuna di queste *aree* sono stati valutati una serie di **indicatori**. Ad esempio, per valutare l'**accessibilità** sono stati valutati (fra gli altri) anche questi indicatori: i tempi di attesa al pronto soccorso, i tempi di attesa per alcuni degli interventi chirurgici più importanti o diffusi, come ad esempio alcuni tipi di tumore (alla mammella, alla prostata, al colon etc.). Per quanto riguarda la **governance** sono stati valutati l'appropriatezza dei ricoveri, l'attrattività (in termini di mobilità attiva) e l'efficienza (in termini di numero di interventi per sala operatoria, ad esempio, o la degenza media preoperatoria).

Per quanto riguarda gli **investimenti** sono stati valutati gli incrementi di immobilizzazioni e la vetustà o obsolescenza di apparecchiature e macchinari. Per quanto riguarda il **personale** sono state valutate non solo le dotazioni organiche di medici e infermieri per posto letto, ma anche l'andamento delle assunzioni e l'incidenza dei costi di formazione. Infine, per quanto riguarda la **sostenibilità economico patrimoniale** sono stati presi in esame diversi indicatori, fra cui il costo medio per giornata di degenza, i margini realizzati con l'attività intramoenia, i livelli di solvibilità (giornate di durata dei debiti verso fornitori), la capacità di gestione dei rischi, la gestione del magazzino, l'incidenza dei costi operativi, l'incidenza dei ricavi da prestazioni, il margine della c.d. gestione caratteristica e l'incidenza della gestione straordinaria.



In definitiva delle 53 aziende analizzate **9** hanno mostrato livelli di **performance elevati**, si tratta degli ospedali universitari Senese (Siena), Careggi (Firenze); Pisana (Pisa), Padova, Integrata Verona e Policlinico Sant'Orsola (Bologna); e gli ospedali S. Croce e Carle (Cuneo), Riuniti Marche Nord e Ordine Mauriziano (Torino). **12** hanno mostrato livelli di **performance bassi**: l'ospedale Cosenza San Pio (Benevento), gli ospedali Sant'Anna e San Sebastiano (Caserta), gli Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello (Palermo), l'Ospedale Civico (Palermo), l'Ospedale Cannizzaro (Catania), il San Giovanni Addolorata (Roma), il San Camillo Forlanini (Roma); e i policlinici Luigi Vanvitelli (Napoli), San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona (Salerno), Mater Domini (Catanzaro) e Policlinico Umberto I (Roma). Gli altri **32** mostrano livelli di **performance medi**.

AZIENDE OSPEDALIERE E POLICLINICI IN SICILIA

Secondo l'analisi dell'AGENAS, relativa all'ultimo anno disponibile nella piattaforma delle performance (il 2021) ecco come si posizionano gli 8 ospedali siciliani oggetto di valutazione.



L'ANALISI DEGLI OSPEDALI SICILIANI A SEGUITO DEI DATI AGENAS

Considerando il ranking complessivo (frutto di un incrocio dei dati, realizzato da [Dataroom](#), con il Piano Nazionale Esiti) fra tutti è **l'ARNAS Garibaldi quello che ottiene il risultato migliore**. Nel triennio 2019 - 2021, che coincide sostanzialmente con la nuova governance affidata al manager **Fabrizio De Nicola** (nella foto). In particolare, nel 2021 supera la soglia della qualità media in quattro dei cinque gli indicatori. Solo l'indicatore sul personale e appena sotto la media, sono invece di poco sopra la soglia media gli indicatori sul livello degli investimenti e sui processi organizzativi. Ampiamente sopra la media il dato relativo all'accessibilità, mentre l'indicatore sulla sostenibilità economica e

MENU

Cerca...



governance dei processi organizzativi non raggiungono il livello medio. Il **Policlinico Rodolico San Marco di Catania** supera il livello medio nell'indicatore che riguarda le politiche del personale mentre si avvicina ad un livello alto per quanto riguarda la sostenibilità economica e patrimoniale. Sotto la media gli altri indicatori. Gli ospedali palermitani **Arnas Civico e Villa Sofia Cervello** superano (abbondantemente) la media solo nell'indicatore relativo alla sostenibilità economica e patrimoniale, mentre tutti gli altri indicatori si attestano su un livello basso.

Il **Cannizzaro di Catania** supera il livello medio nell'indicatore relativo alla governance dei processi organizzativi e si avvicina al livello alto nella sostenibilità economica e patrimoniale, ma è lontana dal livello medio negli altri tre indicatori. Il **Papardo di Messina** si avvicina al livello alto nella sostenibilità economica e patrimoniale, supera il livello medio nell'accessibilità e nella governance dei processi organizzativi, si avvicina ma non

Venerdì 26 MAGGIO 2023

Inquinamento dell'aria e Alzheimer. Piscitelli (Sima): "Non si possono ignorare i dati scientifici che segnalano il collegamento"

Con l'epidemiologo analizziamo le più recenti ricerche scientifiche che mostrano un collegamento chiaro tra rischio di sviluppare patologie neurodegenerative come Alzheimer e demenza ed elevate concentrazioni di particolato fine nell'aria. Dati troppo spesso ignorati nelle proiezioni realizzate su queste malattie

Problemi respiratori, cardiaci, circolatori, disfunzioni tiroidee e dermatologiche: le conseguenze dell'inquinamento dell'aria che respiriamo si riverberano su ogni parte del nostro corpo. Ma l'epilogo che sta preoccupando ulteriormente scienziati e ricercatori è quello che vede un collegamento diretto tra inquinamento e patologie neurodegenerative come Alzheimer e demenza. Solo a causa dell'invecchiamento della popolazione mondiale, si prevede che il numero di persone affette da demenza passerà dai 50 milioni del 2020 a 150 milioni nel 2050, con costi economici e sociali insostenibili. Se l'inquinamento fornisce un'ulteriore accelerazione a questi numeri, come reagirebbe la popolazione? La stessa situazione si ripropone con l'Alzheimer, che solo oggi conta 600 mila casi in Italia.

L'epidemiologo **Prisco Piscitelli**, medico specialista in Sanità Pubblica e vicepresidente della Società italiana di Medicina Ambientale (SIMA), chiarisce a *Quotidiano Sanità* che le evidenze scientifiche che collegano queste patologie all'inquinamento atmosferico sono ormai troppe per essere ignorate. "Al pari delle patologie oncologiche e dei disturbi del neurosviluppo o del sistema endocrino e immunitario – spiega il professore – dobbiamo chiederci anche il perché l'incidenza del morbo di Alzheimer sia in continua crescita. Appellarsi solo alle nostre aumentate capacità diagnostiche non è una spiegazione convincente, quando non rappresenta addirittura una comoda via d'uscita per evitare di affrontare il problema delle cause delle moderne epidemie non infettive a cui riserviamo indifferenza, perché non creano emergenze immediate come il Covid".

Le evidenze scientifiche su inquinamento e patologie neurodegenerative

"Un'importante novità ci viene dal numero di Luglio 2022 della [rivista Science](#). Infatti, i ricercatori del Krembil Brain Institute di Toronto hanno proposto una nuova teoria sullo sviluppo della malattia di Alzheimer, secondo cui non saremmo di fronte a una patologia cerebrale ma ad un disturbo auto-immunitario all'interno del cervello". Gli studiosi canadesi, diretti dal Prof. Donald Weaver, propongono di considerare la proteina beta-amiloide come parte della risposta immunitaria cerebrale nei confronti di agenti esterni. "Il problema s'innescerebbe – prosegue – nel momento in cui la beta-amiloide non sarebbe più in grado di discriminare tra gli agenti esogeni e le cellule cerebrali, generando un danno per queste ultime. Le implicazioni di questo tipo di ricerche sono ovviamente di enorme impatto perché non si può escludere che ad innescare possibili risposte auto-immuni siano i contaminanti ambientali, proprio come è stato proposto per altre patologie".

Una recentissima metanalisi condotta da Elissa H. Wilker e [pubblicata dal British Medical Journal](#) nello scorso mese di aprile 2023 ha documentato una associazione (sebbene sfiorando la significatività statistica) tra esposizione a inquinanti atmosferici e incidenza di demenza, con un aumento del rischio del 4% ad ogni incremento di appena 2 microgrammi per metro cubo delle concentrazioni medie annuali di PM 2.5 e del 5% per ogni aumento di 10 microgrammi per metro cubo nelle medie annuali di ossidi di azoto.

Già nel 2016 un fondamentale studio coordinato dalle Università di Lancaster ed Oxford ha dimostrato la presenza di milioni di nano-particelle ferrose per grammo di tessuto cerebrale in 37 persone decedute a Manchester e Città del Messico. "Si tratta – spiega Piscitelli – di microsferiche di magnetite identificate alla spettroscopia, con diametro fino a 150 nanometri, che per la loro forma sono indubbiamente di produzione antropica (per la maggior parte ascrivibile ad inquinamento industriale ed emissioni veicolari, specie da freni o motori diesel) e si associano a incremento di radicali liberi nel cervello e involuzioni neurodegenerative". Alle sfere di magnetite si accompagnavano anche nanoparticelle di altri metalli come il platino, il nickel e cobalto, "certamente non riconducibili al fisiologico funzionamento del sistema nervoso". Le particelle riscontrate per la prima volta nel cervello umano sono esattamente simili a quelle riscontrabili nei contesti urbani, specialmente in prossimità di strade trafficate. Le particelle di dimensioni inferiori ai 200 nanometri sono abbastanza piccole da superare la lamina cribrosa posta al di là delle cavità nasali ed entrare direttamente nel cervello senza passare per il circolo sanguigno come avviene invece per quelle ispirate nei polmoni, che danno luogo a infiammazione cardio-vascolare e sistemica dopo l'assorbimento da parte degli alveoli. La stessa autrice [dello studio](#) professoressa Barbara Maher della Lancaster University si è detta da subito convinta della correlazione tra questa scoperta relativa alla penetrazione degli inquinanti atmosferici nel cervello umano e la diffusione della malattia di Alzheimer.

Gli effetti di PM2.5 e il biossido di azoto

Il Prof. Piscitelli segnala per conto di SIMA una sequela di studi, in aumento negli ultimi anni, che sottolineano chiaramente questo legame. Si parte da [una ricerca pubblicata nel 2018](#) su BMJ-Open che ha coinvolto 130.978 adulti di età compresa tra 50 e 79 anni senza storia di demenze pregresse, seguiti fino al 2014. Per i 2181 pazienti che hanno sviluppato una demenza, è stato possibile dimostrare il ruolo dei biossidi di azoto (NO2) e del particolato atmosferico (PM 2.5) come fattori che aumentavano il rischio di malattia fino al 40% in più. [Una ricerca](#) del National Institute of Ageing americano, edita da The Lancet nel 2020, ha coinvolto tutti i 63 milioni di cittadini USA assistiti dal Programma federale Medicare - inclusi 3,4 milioni di casi di Alzheimer - riscontrando che ad ogni aumento di appena 5 µg/m3 nella concentrazione media annuale di PM 2.5 si accompagnava una crescita del 13% dei nuovi ricoveri per Alzheimer, con una correlazione lineare anche per concentrazioni inferiori a 16 µg/m3 ovvero sotto la soglia dei limiti legali vigenti.

Uno [studio californiano](#) condotto su 18.178 persone (tra cui oltre 3.600 donne anziane) pubblicato su JAMA Neurology nel 2021, in cui i residenti nelle aree più inquinate avevano il 10% di probabilità in più di avere placche amiloidi alla PET rispetto a chi viveva in zone meno inquinate. Passando dalle PET alle Risonanze Magnetiche, [una ricerca](#) della professoressa Diana Younan della University of Southern California di Los Angeles su 1365 donne ultra-settantacinquenni, pubblicata su Neurology nel 2020, ha riscontrato atrofia cerebrale non solo nelle donne esposte ad elevati livelli di inquinamento atmosferico da PM2.5 ma anche al di sotto delle soglie fissate come limiti di legge. Infine, il legame tra esposizione al PM2.5 e maggiore incidenza di Alzheimer è stato confermato da [un recentissimo studio del Karolinska Institutet di Stoccolma](#), pubblicato nel 2022, che ha studiato un gruppo di 2.594 individui e successivamente uno di 1.987, valutandone l'esposizione residenziale a lungo termine al particolato (PM2.5 e PM10) e agli ossidi di azoto.

Piscitelli: "Non ci interroghiamo abbastanza su possibili cause o concause di queste malattie"

"La ricerca scientifica – prosegue Piscitelli - ha potuto finora appurare solo il meccanismo della degenerazione cerebrale, attribuibile alla deposizione di placche di una sostanza proteica anomala, detta beta-amiloide, e di grovigli neurofibrillari della proteina Tau dentro e intorno ai neuroni. Ne risulta un

danno neuronale esteso che compromette la capacità di neurotrasmissione e origina la demenza. Ma nel mentre si aprono nuove frontiere terapeutiche grazie alla sperimentazione di farmaci innovativi, non ci si interroga abbastanza sulle possibili cause o concause ambientali di queste malattie".

“Per l’Alzheimer, in particolare, - conclude Piscitelli - il [Rapporto](#) OMS 2020 fornisce una fotografia ferma a dodici anni fa, quantificando in 35,6 milioni le persone che risultavano affette da questo tipo di demenza, con una stima di raddoppio al 2030, fino a triplicare nel 2050. I nuovi casi sarebbero 7,7 milioni l'anno (1 ogni 4-7 secondi), mostrando una sopravvivenza media dopo la diagnosi pari a 4-8-anni. La stima dei costi è di 604 miliardi di dollari all'anno con incremento progressivo per i sistemi sanitari. Per questo motivo, secondo l’OMS, tutti i Paesi dovrebbero includere le demenze come priorità nei loro programmi di sanità pubblica".

La richiesta dell’esperto è quella che gli Stati prendano atto di quello che sta accadendo, senza nascondere la testa sotto la sabbia. “Adeguiamo le teorie eziologiche ai dati epidemiologici e alle osservazioni scientifiche, solo così si potrà avere la lucidità per mettere in campo le misure di prevenzione corrette”, è l’invito dell’epidemiologo.

Gloria Frezza

Venerdì 26 MAGGIO 2023

“Pillola contraccettiva non ostacola la natalità. Istruttoria è stata adeguata per renderla gratuita a tutte le donne senza fasce di età”. Parla la presidente della Cts di Aifa Patrizia Popoli

L'esperta alla guida dell'organo tecnico-consultivo dell'Agenzia interviene dopo la [decisione del Cda di richiedere approfondimenti alle due commissioni, mancando nei dossier "precise indicazioni sulle fasce di età a cui concedere gratuitamente la pillola, sulle modalità di distribuzione e sui costi per il Ssn nei vari scenari di adozione della rimborsabilità". Secondo Popoli, infatti, l'istruttoria non è lacunosa, ma mossa da un principio condiviso con il CPR: rimborsare la pillola senza fasce di età](#)

"La CTS dell'Aifa ha fatto il proprio lavoro e ha espresso un parere tecnico-scientifico sulla rimborsabilità di farmaci largamente utilizzati, efficaci e sicuri. Se il Cda chiede ulteriori chiarimenti siamo disponibili a fornirli, ma non vorrei che passasse il messaggio che la nostra istruttoria fosse lacunosa o inadeguata, perché così non è". Lo afferma con convinzione **Patrizia Popoli**, presidente della commissione Tecnico-scientifica (CTS) dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) intervenendo, a colloquio con *Quotidiano Sanità*, sulla decisione del consiglio di Amministrazione dell'ente regolatorio di richiedere alla stessa commissione, come anche al comitato prezzi e rimborsi, alcuni approfondimenti sul dossier che mira a rendere a carico dello Stato la spesa per la contraccezione ormonale.

Dottoressa Popoli, la CTS e il comitato prezzi e rimborsi (CPR) si erano espressi positivamente con pareri motivati e corredati da stime economico-finanziarie che parlavano di un costo per il Ssn di circa 140 milioni di euro per rendere rimborsabili i contraccettivi orali. Il Cda vi passa di nuovo la palla. Come interpretare questa decisione?

"Non è mio compito né mia intenzione interpretarla. Vorrei solo chiarire che in CTS abbiamo discusso su questo argomento per mesi, esaminato le evidenze scientifiche e le raccomandazioni prodotte da organismi internazionali come l'OMS, consultato esperti di salute materno-infantile. E con il supporto degli uffici di Aifa abbiamo predisposto un'istruttoria molto approfondita, in cui abbiamo affermato che tutti gli anticoncezionali già in commercio e utilizzati da tante donne sono estremamente efficaci e che risulta opportuno rimborsarli per tutte le donne per le quali il medico lo ritenga appropriato. Ammettendo alla rimborsabilità molecole appartenenti a tutte le diverse classi attualmente in commercio, inoltre, si consente al medico di scegliere l'opzione migliore per ogni singola donna. In una parola, abbiamo fatto il nostro 'mestiere', che è quello di esprimere un parere tecnico-scientifico ai fini della rimborsabilità".

Il Cda invece ha affermato di aver "preso atto che le Commissioni consultive dell'Agenzia non hanno ancora elaborato precise indicazioni sulle fasce di età a cui concedere gratuitamente la pillola anticoncezionale. Cosa ne pensa?

"Se serve lo chiariremo ulteriormente, ma non abbiamo indicato fasce di età specifiche per la rimborsabilità perché, di concerto con il CPR, abbiamo ritenuto che **non fosse opportuno imporre limiti** di questo tipo. Rispetto al regime di fornitura vale una considerazione analoga: i medicinali verrebbero trasferiti in una fascia diversa, ma con gli stessi criteri di prescrivibilità, da classe C/RR a classe A/RR, cioè erogabili su prescrizione medica. Altre specifiche non sono state ritenute necessarie, ma se servirà daremo ulteriori spiegazioni anche su questo punto".

Quali saranno i tempi necessari per una decisione definitiva? "Questo è da vedere. Le commissioni hanno tempi anche molto rapidi, già nella prossima seduta potremo discuterne, se ci saranno elementi da ribadire li ribadiremo. Però nella decisione del Cda si parla anche di attivare tavoli di confronto con i ministeri vigilanti e con le Regioni, e su questo non sono in grado di prevedere tempistiche.

Era già accaduto che il CdA richiedesse in questi termini degli approfondimenti alle commissioni Aifa?

"Era già capitato, sia pur raramente, che il CdA chiedesse degli approfondimenti".

Pensa che ci possano essere delle motivazioni legate a pressioni politico-ideologiche?

"Qui passiamo nel campo delle opinioni personali, cosa in cui non mi sembra corretto entrare. Ma effettivamente questo è un argomento molto complesso, che ha implicazioni sicuramente anche politiche, inutile negarlo: non è un tema neutro".

C'entra forse l'idea che la contraccezione possa ostacolare, secondo alcuni, le politiche volte a favorire la natalità nel nostro Paese, che è ai minimi storici e di cui il Governo ha fatto un cavallo di battaglia?

"Nel nostro parere abbiamo considerato che sia opportuno favorire la contraccezione quando essa è richiesta. Questo **non rappresenta un ostacolo alla natalità**: si tratta solamente di evitare una natalità indesiderata. Concedendo gratuitamente, a chi lo desidera, di prevenire una gravidanza, si previene anche il ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza, un approccio raccomandato anche dai massimi organismi sanitari internazionali come l'Oms. Secondo noi è la cosa giusta da fare, poi per quanto riguarda la sostenibilità economica dell'operazione sarà compito del CPR fare gli approfondimenti richiesti. Questa scelta non è in contrasto con la promozione della natalità. Quella che dovremmo promuovere è una natalità consapevole, desiderata, il poter scegliere di avere un figlio quando ci si sente pronti ad accoglierlo. Ribadisco infine che si tratta di farmaci ben conosciuti, efficaci e già largamente utilizzati; ovviamente rimane l'obbligo di prescrizione medica perché gli anticoncezionali non devono essere considerati come prodotti da banco, ma il loro uso deve avvenire sempre in accordo con il medico".

Barbara Di Chiara

In marcia dalle Molinette alla torre della Regione

Il popolo della sanità scende in piazza “Più assunzioni Cirio spenda i soldi”

di Sara Strippoli Cinquantasette sigle e fra queste l'Ordine dei medici, degli psicologi, dei biologi, dei farmacisti. C'è la Federconsumatori, il Tribunale dei diritti del malato, le donne di Se non ora quando, il sindacato medici Anaa, i sindacati infermieri Nursing Up e Nursind, la Cgil, Prospettive Comuni, Medicina Democratica, Volere la luna, Promozione sociale. Tante voci diverse per un messaggio comune, un grido di allarme in difesa della sanità pubblica e una richiesta al governatore rivolta dal segretario generale della Cgil Giorgio Airaudo: « La Regione spenda tutto quello può per garantire che ci sia personale sufficiente per assicurare le cure ai piemontesi ».

L'appuntamento è per domani alle 14, in piazza Carducci davanti all'ospedale Molinette. A organizzare l'iniziativa, una marcia di tre chilometri che si concluderà al grattacielo della giunta regionale, è il neonato Comitato per il diritto alla tutela della salute e delle cure, il primo in Italia a mettere insieme così tante realtà.

Sotto le finestre del presidente del Piemonte Alberto Cirio, saranno montati quattro gazebo: lì i medici misureranno la pressione e faranno una rapida anamnesi. Altri daranno una dimostrazione di intervento salvavita. Visite di strada come atto simbolico: « Gestì che noi medici facciamo ogni giorno, gratuitamente e per tutti, non solo per chi può permettersi esami e visite della sanità privata », racconta la segretaria regionale del sindacato medici Anaa Chiara Rivetti.

In questi due mesi di avvicinamento alla marcia, il Comitato è andato in tutte le province piemontesi, ha raccolto segnalazioni di disservizi, ascoltato i cittadini: lamentele sulle liste d'attesa, sui chilometri da fare per andare da Biella a Cuneo per un esame che non si riesce a prenotare, carenze di medici, tagli di servizi. Il Comitato ha messo insieme numeri su occupazione, esternalizzazioni, vetustà degli ospedali piemontesi, l'impennata dei profitti della sanità privata che conquista spazi: una lunga serie di cifre che raccontano la sanità pubblica che cede il passo a quella privata, direttori delle aziende che non rispettano le indicazioni della presidenza: 9 mila occupati in meno (2 mila dirigenti ospedalieri medici di medicina generale, 7 mila infermieri) rispetto ai giorni in cui la sanità piemontese era commissariata; 800 milioni di risorse a disposizione della Regione che potrebbero essere spese per l'edilizia sanitaria; un residuo di 1,2 milioni di ore di straordinario e circa 150 mila giornate di ferie non godute; un inspiegabile risparmio di 50 milioni da parte delle aziende che equivalgono a 1.200 infermieri che potrebbero essere assunti.

«Le stabilizzazioni di Cirio hanno coperto solo il turn over dice Airaudo — e ai novemila professionisti che mancano si devono sommare altre 2 mila persone indispensabili per far funzionare le case di comunità » . Dovrebbero nascere un Osservatorio di verifica delle assunzioni, dice Massimo Esposito della Funzione pubblica Cgil: « Il presidente del Piemonte sottoscrive accordi che poi i direttori delle aziende non rispettano. Forse l'assessorato alla Sanità non è abbastanza autorevole ». Il Comitato respinge l'accusa di essere in campagna elettorale: « Questo non è un partito e la manifestazione è aperta a tutti. A tutti però che la loro presenza domani sia seguita da un impegno concreto » , dice Airaudo. Il M5S ha fatto sapere che ci sarà e ha comunicato di voler partecipare anche Italia Viva. Davanti alle Molinette ci sarà anche una delegazione del Pd con il segretario regionale Domenico Rossi: « Il Pd sostiene tutte le iniziative e le realtà che difendono la sanità pubblica dai danni provocati dalla privatizzazione strisciante a cui stiamo assistendo ».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alla manifestazione di domani pomeriggio aderiscono 57 sigle, dai medici ai farmacisti fino ai consumatori " Lottiamo per tutelare la salute pubblica "

Durante la protesta anche visite gratuite nei gazebo in strada "Le cure sono un diritto di tutti"

kPromotrice Chiara Rivetti, segretaria Anaa

Il caso

Santobono - Pausilipon, ci sono pochi anestesisti ridotte le sedute operatorie

di Giuseppe Del Bello Mancano anestesisti e rianimatori, ridotte le sedute operatorie. Era prevedibile che anche l'azienda Santobono- Pausilipon fosse costretta a fare i conti, con la carenza di organico. Se ne parlava dal mese scorso, adesso, anche se ufficiosa, sta girando la nota dirigenziale che avverte: dal primo giugno l'attività chirurgica subirà una contrazione. Va precisato, sottolinea il direttore generale Rodolfo Conenna, che il taglio delle prestazioni riguarda le cosiddette "aggiuntive", cioè quelle che furono istituzionalizzate per recuperare e sfolire le lunghe liste d'attesa. « Non mancano pediatri e altre figure specialistiche – rivela il manager – ma abbiamo carenza di anestesisti (almeno una decina) e di rianimatori (4/5 unità in meno). Quando vengono meno, va da sé che le sale operatorie ne risentono. Noi stiamo facendo di tutto per mantenere in piedi l'organizzazione di sempre ». Ma i numeri sarebbero ben più allarmanti. L'organico completo prevede 39 unità: 29 anestesisti e 10 rianimatori. All'appello ne mancherebbero rispettivamente 17 e 7: la specializzazione è unica, ma la distribuzione nei due rami è diversa, per competenza e carico di lavoro. « Il provvedimento dovrebbe durare un mese, ma dubito che a luglio le cose cambino. Sono tre anni che non si fanno concorsi al Santobono – è lo sfogo di chi, insieme ai colleghi, paga lo scotto di una situazione che penalizza gli ospedali della Campania e non solo – né d'altronde sono in piedi precedenti "nostre" graduatorie da cui attingere ». Pasquale Arace è il direttore sanitario di presidio. Hachiaro il quadro della situazione: « Il ridimensionamento delle prestazioni "aggiuntive" era inevitabile. Adesso poi, con le ferie, sarebbe difficile mantenere in essere le attività che avevamo potenziato. E non sono a conoscenza di graduatorie tutt'ora aperte, anche se l'amministrazione sta facendo una ricognizione per convenzionarsi con graduatorie di altre Asl ». Ma l'Azienda pediatrica risponde anche del settore oncologico con il Pausilipon dove pure si fa chirurgia e che ugualmente è penalizzato dalle carenze di organico. Di sale operatorie se ne contano 9 in totale di cui 2 sono al Pausilipon. A ognuna corrisponde una chirurgia specialistica. Pietro Pirisi è il primario del reparto del polo oncologico: « La routine non viene minimamente scalfita, ci mancherebbe – e questo vuol dire che le sedute mattutine del martedì e del giovedì vengono mantenute, mentre saltano le pomeridiane degli stessi giorni e quella del sabato mattina. Sedute "aggiunte", ognuna utile a effettuare in media 5/6 interventi. Dunque vanno in fumo 20 operazioni a settimana, 100 al mese. La conseguenza? Dilatare le nostre liste di attesa già alquanto lunghe, dai sei agli otto mesi. Ribadisco ovviamente che non è il piccolo paziente oncologico a subire ritardi». Fa anche un'altra riflessione Pirisi: « Nell'ultimo periodo tre anestesisti sono andati in pensione, mentre altri hanno preferito cambiare aria. D'altronde chi viene a lavorare qui deve essere motivato, il Santobono- Pausilipon non è un presidio di passaggio, ma polo di eccellenza dove al centro c'è sempre il bambino malato». E infine un risvolto, non da poco, di economia aziendale. A spiegarlo è ancora Arace: « L'azienda si regge sulle chirurgie che danno più fatturato e sui Drg (i criteri nazionali di rimborso per prestazione): se mancano gli anestesisti, viene meno la materia prima. E in queste condizioni è inevitabile che si sia costretti a tagliare quell'attività che rappresenta l'imbutto più significativo».

© RIPRODUZIONERISERVATA

Il taglio riguarda solo gli interventi previsti per sfolire e recuperare le liste d'attesa Nell'azienda ospedaliera c'è anche carenza di rianimatori

Morto un bambino di 18 mesi: indagati 5 medici di due ospedali



Atto dovuto della Procura di Ragusa per eseguire l'autopsia.

IL DRAMMA di Redazione

26 MAGGIO 2023, 09:15

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

RAGUSA – Cinque medici di due ospedali, il Guzzardi di Vittoria e il Giovanni Paolo di Ragusa, sono indagati per omicidio colposo nell'inchiesta sulla morte del piccolo Edoardo, il bambino di 18 mesi di Comiso morto lo scorso 13 maggio nel reparto di Terapia intensiva pediatrica del Policlinico di **Messina**, estraneo alla vicenda giudiziaria.

L'iscrizione nel registro degli indagati è stata eseguita dalla Procura di Ragusa come atto dovuto per potere eseguire l'autopsia come atto irripetibile. L'inchiesta è stata aperta dopo la denuncia dei familiari del bambino che chiedono di ricostruirne le cause e accertare eventuali responsabilità nella morte del piccolo.

Il bambino, tre giorni prima del decesso, si era sentito male e i genitori lo avevano portato prima al pronto soccorso dell'Ospedale Guzzardi di Vittoria, poi al Giovanni Paolo di Ragusa. Infine Edoardo è stato trasferito al Policlinico di **Messina**, dove è morto nel reparto di Terapia intensiva pediatrica. Sarà l'autopsia a chiarire i reali motivi del decesso.

Tags: Malasanità

Palermo, il silenzio di Amap sulle irregolarità



Immagine di repertorio

Su cosa ruota l'indagine che ha portato al sequestro di venti milioni di euro

L'INCHIESTA di redazione

26 MAGGIO 2023, 10:31

0 Commenti Condividi

2' DI LETTURA

PALERMO – I vertici dell’Amap sapevano delle irregolarità e delle criticità, ma le avrebbero taciute. Un silenzio voluto, secondo l’accusa, per non perdere il finanziamento agevolato.

Che più di qualcosa non funzionasse la Banca europea degli investimenti, che ha concesso il prestito a tasso agevolato, lo ha appreso dalla stampa.

Ruota attorno a questo l'inchiesta della Procura europea che ieri ha portato al sequestro di 20 milioni di euro nei confronti della società che gestisce il servizio idrico a Palermo, per l'attuale manager Alessandro Di Martino, per il direttore generale Giuseppe Ragonese, e per l'ex amministratore unico Maria Prestigiacomo.

Il silenzio avrebbe soprattutto coperto l'inchiesta penale per lo sversamento dei fanghi di depurazione in mare, dalla borgata di Acqua dei Corsari, a Palermo, fino a Balestrate dove ci sono due depuratori della società.

L'inchiesta ha portato due anni fa al commissariamento giudiziale del settore depurazione e ad un processo approdato alla fase della udienza preliminare.

I vertici dell'ex municipalizzata non avrebbero rispettato neppure le scadenze per comunicare gli stati di avanzamento dei lavori per cui era stato concesso il finanziamento.

Guarda anche

Misilmeri, droga e vandalismo al Palasport: denunciati 3 minori

Palermo, la clinica Candela taglia il traguardo di mille trapianti di cornea

Il pagellone del Palermo, attacco: Brunori trascinato

Palermo, nessuno paga la bolletta telefonica della discordia

A Palermo torna 'Bubble Festival': birre a

Un mutuo di 15 anni per migliorare servizi, infrastrutture, sistemi fognari e impianti di trattamento delle acque reflue, dei comuni dell'area metropolitana di Palermo.

Qualora la reale situazione fosse emersa il mutuo sarebbe stato revocato. Per evitarlo, secondo il giudice per le indagini preliminari Angela Lo Piparo, gli indagati avrebbero portato avanti una "condotta fraudolenta e omissiva".

Il tutto riportato anche nel piano industriale allegato alla documentazione presentata alla Banca dove "si rimarca la particolare 'attenzione all'ambiente – parte sostanziale dell'attività aziendale – mettendo in pratica azioni volte alla tutela dell'ecosistema, al rispetto di questa preziosa risorsa' impedendo tra l'altro 'che i reflui siano sversati tal quali nell'ambiente circostante".

I pubblici ministeri europei Calogero Ferrara ed Amelia Luise, oltre al sequestro, avevano chiesto anche l'interdizione per un anno dai pubblici uffici. Richiesta che però il gip non ha accolto.

Sulla base delle indagini dei finanziari del nucleo di polizia economico finanziaria, "Amap non ha potuto presentare la prima relazione sullo stato di avanzamento del progetto nel termine del 15 gennaio 2019". Lo avrebbe fatto nove mesi dopo nel novembre 2020 "limitandosi a mandare una mail".

Ed è ora che "venivano alla luce tutta una serie di gravi violazioni e di fatti sulla base di quanto disposto dal contratto di mutuo – tutti accertati nel periodo di esecuzione del progetto – che erano stati evidentemente dolosamente sottaciuti".

Elezioni amministrative in Sicilia, 128 comuni alle urne, ecco dove e come si vota



di Redazione | 26/05/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

Ultime ore di campagna elettorale poi scatterà il **silenzio** dalla mezzanotte di oggi **venerdì 26 maggio** 2023. Sono 128 i Comuni siciliani che il 28 e 29 maggio voteranno per eleggere i propri sindaci e per rinnovare i Consigli comunali e circoscrizionali. I seggi saranno aperti domenica (dalle 7 alle 23) e lunedì (dalle 7 alle 15). La popolazione coinvolta è di 1.387.169 abitanti, di cui 301.104 anche per le elezioni dei sei Consigli circoscrizionali e dei rispettivi presidenti a Catania. In 113 centri (fino a 15 mila abitanti) si voterà con il sistema maggioritario, in quindici comuni (nei quali l'eventuale ballottaggio si terrà l'11 e 12 giugno) con quello proporzionale. I consiglieri comunali da eleggere sono 1.646 e le sezioni elettorali che saranno costituite sono 1.579.

Leggi Anche:

La calata dei big, da Conte a Meloni per le ultime ore di campagna elettorale

Come si vota

L'elettore – sia per il Consiglio comunale che per quello circoscrizionale – può esprimere una o due preferenze nella stessa lista, ma di genere diverso: una femminile e una maschile. Il voto espresso per una lista si estende al candidato sindaco a essa collegato e non viceversa: il cosiddetto “effetto trascinamento”. Prevista anche la possibilità del “voto disgiunto”, che rende libero l'elettore di votare separatamente per un candidato sindaco e per una lista a questo non collegata. Sul sito istituzionale della Regione (www.elezioni.regione.sicilia.it)

saranno pubblicate tre rilevazioni (domenica alle 12.30, 19.30 e 23.30 e lunedì alle 15.30) sull'affluenza degli elettori alle urne, con il raffronto dei dati rispetto alle ultime elezioni amministrative dei Comuni interessati.

I risultati

Lo spoglio inizierà lunedì pomeriggio, subito dopo la chiusura delle operazioni di voto. I dati provvisori, man mano che verranno trasmessi dalle prefetture territorialmente competenti al dipartimento regionale delle Autonomie locali, saranno immessi sul sistema Idec (realizzato con la collaborazione dell'assessorato dell'Economia e della società Sicilia digitale), elaborati dal programma e pubblicati in tempo reale sul portale della Regione Siciliana (elezioni.regione.sicilia.it).

Quattro capoluoghi e 15 comuni maggiori al voto

Tra i 128 Comuni chiamati alle urne ci sono quattro capoluoghi di provincia: Catania, Ragusa, Siracusa e Trapani. Oltre ad altri 11 grossi centri: Licata, Aci Sant'Antonio, Acireale, Belpasso, Biancavilla, Gravina di Catania, Mascalucia, Piazza Armerina, Comiso, Modica, Carlentini. Cinque i Comuni attualmente commissariati: Catania, Aidone (En), Trabia (Pa), Modica (Rg) e Priolo (Sr). Al voto anche Barrafranca (En), che nell'aprile del 2021 è stato sciolto per mafia.

Leggi Anche:

Elezioni, l'analisi di Alicata, "verso ballottaggio, i favoriti? Messina ed Italia"

L'elenco dei Comuni interessati al voto nelle varie province

In provincia di **Agrigento** si rinnoveranno le amministrazioni di 14 Comuni. Si voterà con sistema proporzionale a Licata, mentre con il maggioritario a Burgio, Calamonaci, Castrofilippo, Cianciana, Grotte, Joppolo Giancaxio, Lucca Sicula, Menfi, Ravanusa, Sambuca di Sicilia, San Giovanni Gemini, Sant'Angelo Muxaro e Santo Stefano Quisquina.

In provincia di **Caltanissetta** si voterà in 5 Comuni, tutti al di sotto dei 15.000 abitanti: Delia, Milena, Montedoro, Riesi e Sutera.

Complessivamente sono 19 i Comuni della provincia di **Catania** nei quali si andrà al voto. Incluso il capoluogo, sono 7 i centri al di sopra dei 15 mila abitanti: Aci Sant'Antonio, Acireale, Belpasso, Biancavilla, Gravina di Catania e Mascalucia. I 12 Comuni nei quali si andrà al voto con sistema maggioritario sono Camporotondo Etneo, Castel di Iudica, Maletto, Mineo, Piedimonte Etneo, Riposto, San Cono, San Gregorio di Catania, Santa Venerina, Sant'Alfio, Valverde e Viagrande.

Nell'**Ennese** andranno alle urne 9 Comuni. Si voterà con il sistema proporzionale solo a Piazza Armerina, mentre negli altri centri con il maggioritario: Aidone, Assoro, Barrafranca, Catenanuova, Cerami, Gagliano Castelferrato, Leonforte e Troina.

In provincia di **Messina** sono 32 i Comuni nei quali si andrà al voto, in tutti con sistema maggioritario: Ali, Ali Terme, Capizzi, Casalvecchio Siculo, Castel di Lucio, Castell'Umberto, Fondachelli Fantina, Frazzanò, Furci Siculo, Gualtieri Sicaminò, Mazzarrà Sant'Andrea, Militello Rosmarino, Monforte Sangiorgio, Mongiuffi Melia, Montagnareale, Motta Camastra, Pace del Mela, Roccafronza, Roccalumera, Roccavaldina, San Filippo del Mela, San Fratello, San Teodoro, Santa Domenica Vittoria, Santa Lucia del Mela, Sant'Agata di Militello, Scaletta Zanclea, Taormina, Tripi, Tusa, Ucria e Valдина.

In provincia di **Palermo** si voterà in 25 Comuni, tutti al di sotto dei 15 mila abitanti: Alimena, Baucina, Campofelice di Roccella, Campofiorito, Capaci, Casteldaccia, Castronovo di Sicilia, Cefalà Diana, Cerda, Collesano, Contessa Entellina, Geraci Siculo, Giuliana, Gratteri, Lercara Friddi, Marineo, Montemaggiore Belsito, Roccapalumba, Sciara, Sclafani Bagni, Trabia, Ustica, Ventimiglia di Sicilia, Vicari e Villafrati.

Nel **Ragusano** si voterà in 4 Comuni. Insieme al capoluogo andranno al voto con sistema proporzionale anche Comiso e Modica. Ad Acate si voterà col maggioritario.

Nel **Siracusano** la tornata elettorale coinvolgerà 8 Comuni. Insieme al capoluogo si voterà col proporzionale a Carlentini, mentre con il maggioritario a Buccheri, Buscemi, Francofonte, Palazzolo Acreide, Portopalo di Capo Passero e Priolo Gargallo.

Nel **Trapanese** si andrà al voto in 12 Comuni: si voterà con il proporzionale solo nel capoluogo, in tutti gli altri con il sistema maggioritario: Buseto Palizzolo, Castellammare del Golfo, Custonaci, Paceco, Pantelleria, Partanna, Poggioreale, San Vito Lo Capo, Santa Ninfa, Valderice e Vita.

IL CDA NOMINA I RESPONSABILI DI TG E GENERI

Nuovi direttori, nasce TeleMeloni e Annunziata lascia l'azienda

Via libera alle designazioni in consiglio di amministrazione: Chiocci (quota Fdi) al Tg1, Preziosi (col timbro FI) al Tg2 Orfeo confermato al Tg3. Vianello "esiliato" a San Marino. Voto contrario della presidente Soldi, il M5S si astiene

di Antonio Frascilla

ROMA — Inizia ufficialmente l'era della Rai targata Meloni e nello stesso giorno Lucia Annunziata con una lettera inviata al neo amministratore delegato Roberto Sergio annuncia le sue dimissioni: «Non condivido le modalità dell'intervento sulla Rai», scrive.

La lettera arriva subito dopo il consiglio di amministrazione che vara le nomine dei direttori dei telegiornali delle tre reti e dei vertici delle direzioni di genere. Al Tg1 va Gian Marco Chiocci, voluto fortemente dalla presidente del Consiglio Giorgia Meloni nonostante le polemiche per un suo passato incontro con il leader dei Nar Massimo Carminati. Al Tg2 in quota Forza Italia va Alessandro Preziosi. Mario Orfeo di area centrosinistra è confermato alla guida del Tg3, ma nella stessa "area" Andrea Vianello dalla direzione di Radio Uno finisce a Tele San Marino. Sul fronte delle direzioni di genere l'ad Sergio ha nominato Marcello Ciannamea direttore dell'Intrattenimento Prime Time, Angelo Mellone dell'Intrattenimento Day Time, Paolo Corsini dell'Approfondimento, Adriano De Maio della direzione Cinema e Serie Tv, Monica Maggioni dell'Offerta informativa, Stefano Coletta della Distribuzione, Nicola Rao della direzione Comunicazione. E, ancora, Simona Sala diventa direttrice di Radio 2 e Francesco Giorgino dirigerà l'Ufficio Studi. Confermati invece Silvia Calandrelli a Rai Cultura, Maria Pia Ammirati a Rai Fiction, Luca Milano a Rai Kids ed Elena Capparelli a RaiPlay. Anche per Rai Cinema confermati Paolo Del Brocco come ad e Nicola Claudio presidente. Rinnovati inoltre i vertici di Rai Com con Sergio Santo che sarà il nuovo amministratore delegato e Claudia Mazzola presidente.

Lo scontro in consiglio di amministrazione si è animato soprattutto sulle nomine dei direttori dei telegiornali. Le scelte di Chiocci e Preziosi sono passate con il voto contrario della presidente Marinella Soldi, della consigliera in quota Pd Francesca Bria e del consigliere eletto dai dipendenti Riccardo Laganà. Si è astenuto, invece, Alessandro Di Majo in quota M5S. Tre i voti favorevoli, comunque sufficienti anche con l'eventuale voto contrario del grillino: quelli dell'ad Sergio e dei due consiglieri di maggioranza, Simona Agnes e Igor De Biasio.

La presidente Soldi durante la riunione ha sottolineato la «mancanza sia del rispetto della parità di genere sia di un coinvolgimento dei giovani». Ma anche l'arrivo di un esterno, Chiocci, con contratto «solo per un anno» senza valorizzare «le competenze interne». Si è solo astenuto il 5 stelle Di Maio: «Il bilanciamento tra voti favorevoli e astensioni sta ad indicare che non si intende firmare nessuna cambiale in bianco», dice aprendo però a una collaborazione su singole decisioni con la maggioranza.

Il Pd parla di occupazione della Rai da parte della destra allo scopo di indebolire la tv pubblica: «Quella di Lucia Annunziata è una gravissima perdita. Questa strategia è un impoverimento della Rai, sempre che non sia questo l'obiettivo del governo», dice la segretaria dem Elly Schlein a Piazza Pulita su La7. «L'arrivo della destra ha prodotto lo smantellamento di Rai 3, dopo Fabio Fazio va via anche Annunziata», aggiunge il capogruppo del Pd in commissione di Vigilanza, Stefano Graziano. L'ad Sergio in una lettera inviata ai dipendenti ribadisce che «nessuna delle persone che ha cambiato ruolo è stata collocata in una posizione non equivalente».

Il presidente del Movimento 5 stelle Giuseppe Conte non commenta le nomine, ma si dice «dispiaciuto» per le dimissioni di Annunziata e invoca una riforma della Rai: «Abbiamo una legge del 2015 voluta da Renzi che addirittura predispone a una Rai governativa». Sul fronte della maggioranza, anche il ministro Guido Crosetto si dice «dispiaciuto»: «Conosco Annunziata da una vita, non sapevo fosse dipendente Rai». Per il resto Fratelli d'Italia, Lega e Forza Italia esultano: «Auguriamo a tutti un buon lavoro, scelte di professionalità capaci di rilanciare l'azienda», dice la meloniana Augusta Montaruli, vice presidente della commissione vigilanza. «L'informazione della Rai apre un nuovo corso», aggiunge la capogruppo di FI in Senato, Licia Ronzulli. «Ora guardiamo al futuro», conclude la Lega in una nota. Un futuro già tracciato.

©RIPRODUZIONERISERVATA

Schlein: "La destra ha già prodotto lo smantellamento di Raitre"

ANSA/GIUSEPPE LAMI

Ex direttrice

Annunziata classe 1950 è stata presidente Rai e direttrice del Tg3

Pnrr, meno mense e asili aumentano i fondi agli alloggi universitari

I ministri hanno presentato la revisione dei loro progetti Poi il Piano andrà alla Ue. La Corte dei conti: "Attuazione vischiosa"

DI GIUSEPPE COLOMBO

ROMA — Cancellare, rimodulare, spostare. Perché anche se ci sono tre anni di tempo, fino a giugno del 2026, alcuni progetti del Pnrr sono diventati irrealizzabili. Eccola la traccia per la revisione del Piano di ripresa e resilienza che Raffaele Fitto, il regista dell'operazione, si è ritrovato nei documenti inviati dai ministri che gestiscono gli investimenti. Obiettivi troppo ambiziosi, potrebbe essere il titolo delle relazioni che mettono in fila le criticità, ma anche le possibili soluzioni.

Sono diventate troppe 2.100 scuole da mettere in sicurezza. E troppe le mille strutture in cui costruire o ampliare le mense, per estendere il tempo pieno e contrastare l'abbandono scolastico. L'ha messo nero su bianco, il ministro dell'Istruzione Giuseppe Valditara. Chiedendo quindi di ridimensionare gli obiettivi sull'edilizia scolastica: nello specifico una riduzione dei target finali, fissati al 2025 o all'anno successivo, «in proporzione» all'aumento dei prezzi. Anche gli asili nido sono finiti dentro l'elenco dei tagli. Il titolare dell'Ambiente Gilberto Pichetto Fratin ha deciso di tenere in piedi tutti i progetti; fonti del ministero spiegano che «la valutazione principale sarà concentrata sulla fattibilità entro giugno del 2026». Una riflessione che ha già messo in conto la necessità di spostare alcuni investimenti sulla programmazione dei fondi strutturali europei 2021-2027, che ha una rendicontazione più lunga, fino al 2029. Sarà la cabina di regia, che Fitto ha convocato per il 31 maggio, a fare chiarezza in vista dell'accelerazione che sta tentando per portare la relazione semestrale in Parlamento entro la seconda settimana di giugno. Nella lista di Matteo Salvini ci sono due tratte ferroviarie segnate in rosso: la Roma-Pescara e la Orte-Falconara. I bandi di gara saranno lanciati nelle prossime settimane, ma i tempi del Pnrr rischiano di essere troppo stretti. L'idea, quindi, è di utilizzare altri fondi per non rinunciare alle opere. Altri ministri, invece, spingono per il travaso interno: meno soldi su obiettivi che non sono ancora stati avviati per non mettere a rischio quelli più sensibili. Come ha deciso di fare la ministra dell'Università Anna Maria Bernini, che conta così di recuperare 500 milioni per portare lo stanziamento per gli alloggi universitari a 1,1 miliardi. Servono più soldi - è il ragionamento della ministra - se si vogliono realizzare 52.500 posti letto in 3 anni. Da dare ai gestori delle residenze, pubblici e privati, per convincerli a investire, con la controrrichiesta di abbassare i costi per gli studenti. Nei documenti inviati a Fitto, c'è anche un taglio dei dottorati innovativi, a fronte però di un aumento degli importi delle borse per i ricercatori. Servirà tempo per mettere ordine tra le modifiche, rivedendo la spesa. Che la Corte dei conti torna mettere al centro di un nuovo alert: bisogna tenere un passo svelto per dipanare le «vischiosità di attuazione».

©RIPRODUZIONERISERVATA

Bonaccini

“La priorità è la ricostruzione Deprimente se si discute solo di consenso”

Intervista al governatore dell'Emilia Romagna

di Giovanni EgidioBOLOGNA — «Io comunque starò qui a lavorare fino a che non sarà ripartito tutto. Sforzandomi di mantenere lucidità e equilibrio, perché la situazione lo richiede». Stefano Bonaccini cerca di tenersi a distanza dal dibattito che si è scatenato sulla sua, fin qui, mancata nomina a guidare la ricostruzione dell'Emilia-Romagna alluvionata. Ed è soddisfatto dell'impegno preso da Ursula von der Leyen dopo la visita alle terre disastrose. «Ho percepito una grande e reale disponibilità, sono certo che ci aiuteranno. Ne abbiamo bisogno, perché bisogna fare presto. Altrimenti, in queste condizioni, anche un evento atmosferico ordinario potrebbe riportarci indietro. Le priorità sono: strade, frane, argini e canali di bonifica. Vanno rimessi in sesto il prima possibile».

Capiamo l'emergenza, però non potrà non averle fatto piacere sentire il coro degli amministratori d'Italia, di qualsiasi colore, invocare il suo nome per il ruolo di commissario.

«Certo che mi ha fatto piacere.

Direi lo stesso io di Zaia, Fedriga o Toti, anche se hanno un'altra appartenenza politica.

Semplicemente perché anch'io, come loro, so che un presidente di Regione deve per forza conoscere meglio di tutti il proprio territorio ed è la persona più adatta a gestire la ricostruzione».

E come si spiega che in questo caso non venga scelto il presidente dell'Emilia-Romagna?

«Non ne ho idea. E comunque il tema non è il nome. Io spero solo che chiunque scelgano non lo facciano per questioni di consenso senza tenere conto delle urgenze. Sarebbe deprimente. Io ora mi occupo di fare l'amministratore. La politica è la mia vita, ma ci sono momenti in cui bisogna metterla da parte e darsi da fare senza tenere conto delle bandiere. Nell'emergenza lo schema politico salta. Io, l'ho già detto, spero solo che il commissario, chiunque sarà, non pensi di poter gestire questa situazione al telefono da Roma.

Perché rallenterebbe tutto. Senza un confronto e una collaborazione serrata con gli amministratori di qui, sindaci in primis, la situazione non si risolve. E se non si risolve l'Emilia-Romagna, rallenta tutto il Paese, perché il Pil nazionale lo trainiamo forte, e da anni, proprio da questa terra».

Il suo rapporto con la premier Meloni com'è?

«Fin qui è stato ottimo. Abbiamo collaborato benissimo, non solo con lei ma anche con molti altri dei suoi ministri. Tra l'altro commissario mi hanno già nominato, per il rigassificatore di Ravenna, e in 120 giorni di lavoro abbiamo chiuso un progetto che ridarà autonomia energetica all'Italia e proteggerà i cittadini ma anche il welfare, i comuni e le aziende - dalle spaventose bollette arrivate in autunno».

Nonostante i fin qui ottimi rapporti con Meloni, in consiglio regionale il centrodestra la considera corresponsabile del disastro post alluvione. Come se lo spiega?

«Ognuno fa politica come meglio crede e con gli argomenti che ha.

Prima mi hanno detto che ero troppo ambientalista, ora mi dicono che sono stato cementificatore... Io continuo a pensare che ci siano solo avversari e non nemici da abbattere, e mi comporto di conseguenza. Anche durante la campagna elettorale per le primarie dissi che consideravo Meloni una premier capace, e non me ne sono pentito. Poi un conto sono le capacità, altro le visioni politiche e prospettive. Che tra noi sono opposte e tali rimarranno».

Con la segretaria del Pd Elly Schlein invece è parso non molto in sintonia sull'uso dei fondi del Pnrr per la ricostruzione.

«No, no, siamo in piena sintonia. E ci siamo sentiti tutti i giorni da quando c'è stata l'alluvione. Lei ha detto che se c'è possibilità di usarli, lo si deve fare. E io la penso allo stesso modo. Ho solo aggiunto che non vanno rallentati i tempi perché sono fondi a cui non possiamo rinunciare. Ma credo che qualcosa si riuscirà a utilizzare, anche se naturalmente bisognerà farlo in armonia col governo».

Ai ragazzi di Extinction Rebellion che l'altro giorno sono venuti in consiglio a contestarvi in difesa dell'ambientalismo, cosa si sente di dire?

«Che vanno ascoltati, che il nuovo mondo andrà governato con principi diversi. Se il tema è l'utilizzo di suolo pubblico, abbiamo già tagliato di 11mila ettari lo spazio edificabile. E di altri 11mila ettari lo taglieremo. Fino a arrivare al consumo di suolo a saldo zero».

Si ma gli ambientalisti dicono che il consumo zero va raggiunto prima del previsto, se si vogliono evitare altre catastrofi.

«Ci si può anche ragionare. Purché si tenga conto che questa regione, da poverissima che era nel primo dopoguerra, è diventata ricca. E che ha il tasso di disoccupazione più basso del Paese. Oltre ad avere il numero più alto di studenti universitari. E livelli altissimi di welfare. Insomma che non si commetta l'errore di mettere in contrapposizione ambiente e lavoro, perché sarebbe uno sbaglio madornale».

Tornando all'alluvione, la situazione più difficile è quella di Conselice, dove l'acqua ristagna e non si riesce a togliere?

«Sì, ma stiamo cercando soluzioni.

E le troveremo a breve. Non abbiamo la bacchetta magica, ma non lasceremo solo nessuno.

Questo è sicuro»

©RIPRODUZIONERISERVATAf

Mi ha fatto piacere il sostegno di Zaia,

Fedriga e Toti: un presidente di regione conosce il territorio

f

Il rapporto con la premier fin qui è stato ottimo. Con Schlein siamo d'accordo sull'uso del Pnrr

A Bologna

L'arrivo all'aeroporto di Bologna di Ursula von der Leyen che ha tenuto una conferenza stampa con Giorgia Meloni sui danni provocati dall'alluvione in Emilia Romagna

Bongiorno

“Non ci sarà stretta sulle intercettazioni ma servono più garanzie”

L'intervista alla presidente della commissione Giustizia del Senato

di Liana Milella ROMA - **Presidente Bongiorno lei è la “spina nel fianco” per il Guardasigilli Nordio che è dovuto venire al Senato per convincerla ad eliminare l'abuso d'ufficio dalla riforma della giustizia. Cosa le ha promesso in cambio?**

«Lei è totalmente fuori strada. Tra noi c'è sintonia, e ricordo che, quando ancora non era ministro, Nordio ha condiviso con noi le ragioni del Sì agli ultimi referendum, tutti di matrice garantista. I confronti sono fisiologici, visto che io sono responsabile Giustizia di un partito della maggioranza».

Lei non voleva cancellare l'abuso d'ufficio.

«Ho sempre detto che questo reato, nonostante le modifiche che si sono succedute, non ha dato buona prova. Il terrore della firma da parte di sindaci e amministratori locali è effettivo e costituisce un problema: una Pubblica amministrazione immobile e timorosa non potrà mai essere efficiente. Vi sono perciò due possibilità: o un'abrogazione o una nuova correzione. Se si dovesse optare per l'abrogazione, diventerebbe necessaria una riforma complessiva dei reati contro la Pa per evitare possibili vuoti di tutela o interpretazioni estensive di altri e più gravi reati».

È sicura che non si rischi un danno maggiore se Nordio rivede tutti i reati di corruzione e li attenua?

«Non si è parlato di attenuare, ma di razionalizzare la tutela nel suo complesso. Sono cose molto diverse.

Oggi ci sono sovrapposizioni di reati che disorientano gli operatori del diritto e i cittadini».

A Nordio lei ha fatto una giusta osservazione, se togliamo l'abuso d'ufficio ai pubblici amministratori verranno contestati reati più gravi.

«Confermo che il rischio esiste, ecco perché è importante una riforma organica in chiave di ripensamento complessivo del sistema. Anche per colmare eventuali vuoti che dovessero emergere».

Melillo dice che non si può sopprimere l'abuso d'ufficio perché si andrebbe contro l'Europa.

«Anche in quest'ottica, è necessario che la modifica complessiva dei reati contro la Pa si armonizzi con la normativa europea, in modo da potenziare la lotta alla corruzione con strumenti legislativi comuni.

Considero l'eventuale abrogazione dell'articolo 323 del codice penale un punto di partenza, e non di arrivo».

La riforma della giustizia di Nordio promette interventi pesanti. A partire dalle intercettazioni. Anche qui legherete le mani dei pm? Non trascrivere le parole di una terza persona che finisce nella registrazione di fatto può togliere una prova.

«La mia storia in Parlamento documenta che ho sempre lottato per evitare di cancellare le intercettazioni, che reputo indispensabili. Il ministro sta lavorando sul tema della riservatezza. La commissione che presiedo sta concludendo un'approfondita indagine conoscitiva a 360 gradi. Sono state già fatte 45 audizioni di esperti del settore, oltre a sopralluoghi presso alcuni tribunali. Le problematiche emerse sono tante. Di certo oggi la tecnologia corre, mentre le leggi sono lente. Alcune forme di captazione non hanno affatto una disciplina adeguata e questo, per l'irrelevanza degli interessi in gioco, non è accettabile».

La custodia cautelare. Davvero Nordio pensa di sostituire la figura del gip con tre giudici? E dove li trova? Le toghe dicono che è impossibile perché i giudici non bastano neppure adesso.

«Il tema di alcuni eccessi nell'uso della custodia cautelare è da noi condiviso ed è anche stato oggetto dei referendum promossi dalla Lega».

Lei è un noto avvocato, come farà un pm ad ascoltare un possibile arrestato per sentire la sua versione? E per quali reati? E se poi scappa?

«Non corriamo troppo. Per adesso posso dire che l'obiettivo condiviso è evitare un uso distorto della carcerazione preventiva, che spesso ha costituito indelebili stigmate per soggetti poi assolti nel merito a distanza di anni».

Togliere al pm la possibilità di fare il processo d'Appello in caso di assoluzione, cioè tornare alla bocciata dalla Consulta legge Pecorella. Non pensa che pure questa sia una misura contro le toghe e a danno dei cittadini?

«No, penso invece alla sofferenza dei tanti innocenti coinvolti nei processi penali. Perché dilatarla anche dopo la prima assoluzione? E comunque ricordo a tutti che una sentenza di assoluzione anche se ribaltata in Appello lascia sempre il ragionevole dubbio sulla colpevolezza dell'imputato».

©RIPRODUZIONERISERVATA

Le nuove norme puntano ad evitare i processi ingiusti Su corruzione e abuso non ci saranno scontri con l'Europa

g

Giulia Bongiorno Avvocato e senatrice leghista

Pnrr, meno mense e asili aumentano i fondi agli alloggi universitari

I ministri hanno presentato la revisione dei loro progetti Poi il Piano andrà alla Ue. La Corte dei conti: "Attuazione vischiosa"

DI GIUSEPPE COLOMBO

ROMA — Cancellare, rimodulare, spostare. Perché anche se ci sono tre anni di tempo, fino a giugno del 2026, alcuni progetti del Pnrr sono diventati irrealizzabili. Eccola la traccia per la revisione del Piano di ripresa e resilienza che Raffaele Fitto, il regista dell'operazione, si è ritrovato nei documenti inviati dai ministri che gestiscono gli investimenti. Obiettivi troppo ambiziosi, potrebbe essere il titolo delle relazioni che mettono in fila le criticità, ma anche le possibili soluzioni.

Sono diventate troppe 2.100 scuole da mettere in sicurezza. E troppe le mille strutture in cui costruire o ampliare le mense, per estendere il tempo pieno e contrastare l'abbandono scolastico. L'ha messo nero su bianco, il ministro dell'Istruzione Giuseppe Valditara. Chiedendo quindi di ridimensionare gli obiettivi sull'edilizia scolastica: nello specifico una riduzione dei target finali, fissati al 2025 o all'anno successivo, «in proporzione» all'aumento dei prezzi. Anche gli asili nido sono finiti dentro l'elenco dei tagli. Il titolare dell'Ambiente Gilberto Pichetto Fratin ha deciso di tenere in piedi tutti i progetti; fonti del ministero spiegano che «la valutazione principale sarà concentrata sulla fattibilità entro giugno del 2026». Una riflessione che ha già messo in conto la necessità di spostare alcuni investimenti sulla programmazione dei fondi strutturali europei 2021-2027, che ha una rendicontazione più lunga, fino al 2029. Sarà la cabina di regia, che Fitto ha convocato per il 31 maggio, a fare chiarezza in vista dell'accelerazione che sta tentando per portare la relazione semestrale in Parlamento entro la seconda settimana di giugno. Nella lista di Matteo Salvini ci sono due tratte ferroviarie segnate in rosso: la Roma-Pescara e la Orte-Falconara. I bandi di gara saranno lanciati nelle prossime settimane, ma i tempi del Pnrr rischiano di essere troppo stretti. L'idea, quindi, è di utilizzare altri fondi per non rinunciare alle opere. Altri ministri, invece, spingono per il travaso interno: meno soldi su obiettivi che non sono ancora stati avviati per non mettere a rischio quelli più sensibili. Come ha deciso di fare la ministra dell'Università Anna Maria Bernini, che conta così di recuperare 500 milioni per portare lo stanziamento per gli alloggi universitari a 1,1 miliardi. Servono più soldi - è il ragionamento della ministra - se si vogliono realizzare 52.500 posti letto in 3 anni. Da dare ai gestori delle residenze, pubblici e privati, per convincerli a investire, con la controrrichiesta di abbassare i costi per gli studenti. Nei documenti inviati a Fitto, c'è anche un taglio dei dottorati innovativi, a fronte però di un aumento degli importi delle borse per i ricercatori. Servirà tempo per mettere ordine tra le modifiche, rivedendo la spesa. Che la Corte dei conti torna mettere al centro di un nuovo alert: bisogna tenere un passo svelto per dipanare le «vischiosità di attuazione».

©RIPRODUZIONERISERVATA

Il racconto di Marco, rider e studente di Vicenza

“Nel weekend ho scelto di aiutare gli sfollati e sono stato licenziato”

DI ENRICO FERRO

Marco Santacatterina è uno studente universitario 24enne della provincia di Vicenza, vive con i genitori e il fine settimana consegna pizze a domicilio per guadagnare qualche soldo. È un rider, ha un contratto a chiamata con una pizzeria di Thiene. Giovedì scorso, dopo aver visto le immagini del dramma dell'alluvione in Emilia-Romagna, prende il telefonino e scrive al titolare del locale in cui lavora: «Sabato e domenica non posso venire, vado a fare il volontario tra gli sfollati». La risposta lo pietrifica: «Sei un coglione, un buffone, mi fai ridere.

Vai pure ad aiutare, io mi troverò qualcun altro. Bye bye». E quindi viene licenziato in tronco. Ora lui vuole raccontare questa storia ma a un patto: niente nome della pizzeria, per un motivo molto semplice. Vuol far valere il principio, non cerca un'esecuzione sommaria.

Marco, davvero non c'è stato nulla da fare per salvare il posto?

«Niente, ho perso il lavoro per due giorni di volontariato. Pensare che mi ero anche preoccupato di avvisare in anticipo».

Dunque il giovedì lei ha avvisato il titolare della pizzeria che non sarebbe andato né sabato, né domenica. Poi cos'è accaduto?

«Dopo essermi preso del buffone e del coglione, il venerdì sera mi sonopresentato lì, perché era previsto che lavorassi. Quindi arrivo, entro e lui prima mi chiede spiegazioni e poi mi caccia. Allora ho capito che era davvero finita. Ho salutato e me ne sono andato».

Lei è uno studente, le faceva comodo quel lavoro?

«Il fatto che io sia studente non cambia nulla. Avrei fatto lo stesso anche con una famiglia a cui badare.

Erano solo due giorni di volontariato, per aiutare gente che ha perso tutto.

Ho visto album di ricordi galleggiare nell'acqua mista a fango, le foto dei bambini ridotte a carta straccia. È una delle immagini che porto con me e che mi fa pensare che ho fatto la cosa giusta».

Quanti soldi guadagnava a serata?

«Prendevo circa 30 euro a serata ma l'avrei fatto anche se fossero stati mille. Io non sono ricco, mio padre è pensionato e mia mamma impiegata. I soldi vanno e vengono. Aiutare è qualcosa di più».

Come le è venuta l'idea di andare ad aiutare gli sfollati dell'Emilia-Romagna?

«Non ho mai fatto volontariato in vita mia e non frequento i social. Ho visto le immagini dell'alluvione in tv. Una cosa simile è successa anche qua in Veneto nel 2010, dove abito io. Ero un bambino ma ricordo quei giorni.

Vedendo quel dramma ho pensato: ora sono grande, posso fare qualcosa. Così mi sono rimbeccato le maniche».

E cos'ha fatto?

«Prima mi sono messo in contatto con la Protezione civile di Bologna, ma non essendo iscritto non potevo aggregarmi. Allora ho cercato i gruppi Telegram e mi sono messo d'accordo: sabato e domenica sono andato a Cesena, insieme a mia sorella Sara. In pizzeria c'erano due fattorini che potevano coprirmi».

Cosa le lascia dentro questa storia?

«Mi lascia molta amarezza e una considerazione non proprio bella del mondo del lavoro. Non voglio sputare sul piatto in cui ho mangiato, lavoravo lì da inizio marzo e non ho mai avuto problemi. Ma da quando in qua i soldi sono più importanti dell'agente che sta male? Quelle due giornate mi hanno ripagato molto di più di un compenso economico».

Si è trovato bene, alla fine?

«Sono tornato con il cuore pieno di speranza. Lì le persone avevano sempre il sorriso, nonostante avessero perso tutto. Si è creata una situazione paradossale: loro cercavano di tirare su il morale a me».

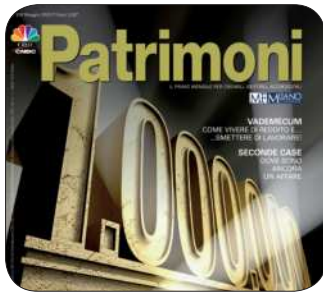
Però per dare retta ai suoi principi ora si trova senza lavoro.

Come si sente?

«Ci tengo a specificare che non provo odio. Il mio titolare mi ha dato una rispostaccia e magari in quel momento aveva qualche problema che io non conosco, ma se tutti facessimo così che posto diventerebbe l'Italia?».

©RIPRODUZIONERISERVATA**Ho detto al titolare della pizzeria dove lavoro che sarei andato due giorni a spalare fango e mi ha risposto: sei un buffone, troverò qualcun altro»

UniversitarioMarco Santacatterina, 24 anni, studente universitario: è andato in Romagna per spalare fango



Enti locali & Federalismo

IN EDICOLA
E IN DIGITALE

Patrimoni
Il primo mensile per crearli, gestirli e accrescerli si rinnova.

www.classabbonamenti.com

IL GIORNALE DELLE AUTONOMIE

Ad accogliere le richieste dei comuni un pacchetto di emendamenti al decreto legge 51

Raffica di proroghe per gli enti Rendiconti rettificabili. Mini-enti, inizio lavori al 15/10

DI FRANCESCO CERISANO

Raffica di proroghe per gli enti locali. Come già accaduto l'anno scorso, anche quest'anno il rendiconto 2022 (il cui termine è scaduto il 30 aprile) potrà essere adeguato alle risultanze della certificazione sull'utilizzo dei fondi Covid che i comuni devono presentare al Mef entro il 31 maggio. Spetterà al responsabile finanziario degli enti (in luogo del consiglio comunale) adeguare il consuntivo, rettificando gli allegati al rendiconto, previo parere dell'organo di revisione. Il provvedimento di rettifica spetterà invece al consiglio qualora risulti necessario modificare anche il valore complessivo del risultato di amministrazione. Slittano anche i termini per la realizzazione dei lavori di messa in sicurezza, abbattimento delle barriere architettoniche e efficientamento energetico nei co-



muni fino a 1.000 abitanti. La data per iniziare i lavori, fissata originariamente al 31 maggio di ogni anno, slitta per il 2023 al 15 ottobre. Qualora i lavori non vengano iniziati o i contributi vengano utilizzati solo parzialmente, scatterà la revoca dei fondi entro il 15 novembre 2023. Le risorse revocate verranno così riassegnate e i comuni beneficiari do-

Supplemento a cura
di Francesco Cerisano
fcerisano@italiaoggi.it

vranno iniziare i lavori entro il 15 marzo 2024.

Il salvagente per i comuni è contenuto in un emendamento al decreto legge 51/2023, all'esame delle commissioni affari costituzionali e bilancio della Camera, presentato dai gruppi di Forza Italia e Lega. La proposta di modifica dovrà ora passare al vaglio del Mef anche se lasciano ben sperare le parole del sottosegretario al Mef con delega agli enti locali, **Sandra Savino** (in foto). "Sono emendamenti tecnici che risultano utili ed essenziali per migliorare l'organizzazione delle attività dei comuni. Per questo, mi sento di condividere l'iniziativa", ha dichiarato a ItaliaOggi. "Il nostro obiettivo è supportare gli enti locali, risolvendo questioni concrete, perché questo vuol dire migliorare la qualità della vita dei cittadini". Sui termini per iniziare i lavori, lo slittamento si rende necessario per semplificare gli adempimenti a carico

Appalti, premi alle imprese che rispettano la parità

Un premio negli appalti alle imprese che rispettano le politiche di genere. Il nuovo Codice dei contratti pubblici (dlgs 36/2023) che entrerà pienamente in vigore dal 1° luglio si arricchisce di una norma ad hoc che "al fine di promuovere la parità di genere" obbliga le stazioni appaltanti a prevedere nei bandi di gara, negli avvisi e negli inviti, "il maggior punteggio da attribuire alle imprese per l'adozione di politiche tese al raggiungimento della parità di genere comprovata dal possesso della certificazione della parità di genere". La modifica va a sanare il vulnus contenuto nel codice che prevedeva una premialità facoltativa e non obbligatoria come invece richiesto dalla Missione 5 del Pnrr.

© Riproduzione riservata

dei piccoli comuni già sotto stress per le scadenze del Pnrr e ora a rischio di revoca dei contributi qualora i cantieri non dovessero partire entro il 31 maggio.

Infine, slitta dal 31 maggio

al 31 luglio la trasmissione a Sose della certificazione sul raggiungimento degli obiettivi di servizio su welfare comunale, asili nido e trasporto scolastico disabili.

© Riproduzione riservata

Cade un luogo comune: stipendi della p.a. in linea con quelli del privato

DI FRANCESCO CERISANO

Gli stipendi degli statali sono in linea con quelli del privato. Almeno per quanto riguarda gli impiegati. Se si prendono in considerazione, infatti, i livelli salariali dell'area degli assistenti e dei funzionari nei comparti dei ministeri, agenzie fiscali e funzioni locali (in cui lavorano 558 mila dipendenti, il 23% del totale del pubblico impiego contrattualizzato) e li si confrontano con gli stipendi degli impiegati nel settore privato, emerge un quadro retributivo tutt'altro che penalizzante per la p.a. La retribuzione media annua lorda del settore pubblico si attesta infatti a 31.766 euro, una cifra in linea con quella del lavoro privato. A far cadere l'ultimo dei luoghi comuni in materia di lavoro (la scarsa attrattività del posto pubblico come conseguenza di salari non competitivi rispetto al privato) è il nuovo Rapporto semestrale sulle retribuzioni dei dipendenti pubblici presentato ieri dall'Aran. Il report evidenzia come nel 2021 un impiegato statale abbia guadagnato in media più di un lavoratore dell'edilizia, dei trasporti, del tessile, del settore dei

media, della comunicazione e dell'editoria, dei servizi alla persona, del turismo e della ristorazione. La retribuzione media degli statali è risultata essere superiore rispetto alla media nazionale degli impiegati pari a 30.836 euro lordi annui. Più degli statali hanno guadagnato i lavoratori delle telecomunicazioni (32.159 euro), delle assicurazioni (32.512), dell'automotive (32.626), degli alimentari (32.824), dell'energia (33.034), della chimica (33.296), della metallurgia e siderurgia (33.565) e delle banche (34.288).

Il report dell'Aran non ha limitato il confronto agli impiegati, ma l'ha esteso anche alla categoria dei Quadri che nel settore pubblico ha come corrispettivo contrattuale quella del personale con elevata qualificazione. Tale comparazione, tuttavia, sconta un limite dettato dal fatto che nel pubblico impiego tale area è stata istituita di recente con i nuovi contratti, mentre nel privato la categoria dei Quadri è largamente diffusa e presente. Per questo motivo, osserva l'Aran, il raffronto tra Quadri e elevate professionalità non può prendere in considerazione i livelli retributivi medi (po-

trà farlo solo tra qualche anno) ma per il momento solo le retribuzioni minime e massime. Ciononostante, anche in questo caso non emergono particolari disallineamenti tra pubblico e privato. A fronte di uno stipendio medio che per i Quadri si attesta a 56.981 euro (con punte di 61 mila euro nel settore bancario e degli alimentari), nel pubblico gli stipendi delle elevate professionalità nei ministeri e nelle agenzie fiscali oscillano da un minimo di 50 mila a un massimo di 70 mila euro. Nelle funzioni locali la retribuzione media si attesta a quota 46.312 euro, ma in questo comparto, osserva l'Aran, "è possibile crescere economicamente in maniera molto rapida grazie agli incarichi di elevata qualificazione". "Un giovane che entra nella p.a. riceve una retribuzione d'ingresso sicuramente più competitiva rispetto al privato", ha osservato il presidente dell'Aran Antonio



Antonio Naddeo

Naddeo. "Ma l'aspetto economico non può essere l'unico elemento da prendere in considerazione: nella p.a. esiste una stabilità del posto di lavoro che non ha eguali così come il rispetto di tutti i diritti del lavoratore, pienamente tutelati dai contratti collettivi nazionali". "Non è un problema risolvibile

con le comparazioni pubblico-privato: ci sono la scarsa flessibilità organizzativa e le condizioni di lavoro che determinano una diversa attrattività tra pubblico e privato, e poi c'è una questione che riguarda i profili professionali e tecnici che, diversamente dagli amministrativi, hanno una diversa spendibilità nel privato. In ogni caso il Ccnl 19/21 ha dato le prime risposte, quindi è ancora più incomprensibile il blocco della contrattazione", ha replicato la segretaria generale di Funzione Pubblica Cgil Serena Sorrentino.

© Riproduzione riservata