



Rassegna Stampa 5 giugno 2023

A cura della dott.ssa Maria Grazia Elfio

Ufficio Stampa e Comunicazione

ufficiostampa@villasofia.it

LE DIFFICOLTÀ DELLA MAGGIORANZA

Chi ostacola il Pnrr

L'esecutivo indica le 120 misure a rischio: dall'idrogeno ai piani anti-alluvione. Ma senza il Recovery la crescita crolla. Individuati i ministeri che hanno il maggior numero di progetti bloccati. Sulla Corte dei Conti, Calenda con Palazzo Chigi

Il ministro Urso: "Vogliamo spostare i fondi sull'energia, la Ue ci dica sì"

L'editoriale

Lo scettro e la spada

di Ezio Mauro

Si domandavamo se esiste un canone occidentale riconosciuto, accettato e condiviso per il nuovo secolo. Poco per volta arrivano le risposte. I canoni sono due, almeno in Europa. Il primo è quello della Ue, basato sui valori fondanti della democrazia liberale travasati in metodo per le istituzioni comunitarie, e incentrato sullo Stato di diritto. Il secondo è quello di una minoranza di Paesi nazional-populisti, mossi da una visione radicale di destra, che puntano sulle elezioni del prossimo anno - legittimamente, com'è ovvio - per sovvertire l'attuale maggioranza di centrosinistra che governa l'Unione, con l'obiettivo non solo di conquistare il governo ma di cambiarne la natura e la cultura, soppiantando i valori e gli ideali di riferimento. La novità è che l'Italia, uno dei Paesi fondatori della Ue, sotto la guida di Giorgia Meloni ha cambiato campo, diventando con Polonia e Ungheria uno dei Paesi capofila di questa operazione che mira a correggere l'Europa, così come l'abbiamo conosciuta.

● a pagina 53

Dall'idrogeno al rischio alluvioni: la revisione del governo per i progetti del Pnrr parte da 120 misure per i ritardi accumulati. Undici di questi 120 investimenti valgono da soli 16.5 miliardi di euro. E per gli asili nido, resterà fuori chi non riesce ad aggiudicare i lavori entro fine settembre. Il ministro del Made in Italy Urso dice a *Repubblica*: «Il Pnrr è fondamentale per crescere e ridurre il debito. Punteremo su progetti green».

di Colombo, Lauria, Mastrolilli e Pons
● da pagina 2 a pagina 4

Santalucia, presidente dell'Anm

"Governo illiberale toghe pronte allo sciopero"

di Liana Milella
● a pagina 6

Da settimane tengono sotto scacco le forze russe



▲ I combattenti Il fondatore del Corpo Volontari russi, Denis, con i suoi compagni

Belgorod colpita dai raid dei ribelli anti Putin

di Brunella Giovara, Daniele Raineri e Riccardo Ricci ● alle pagine 10 e 11

Politica

Viaggio in Toscana nell'ex feudo rosso tra le ferite del Pd

dal nostro inviato
Stefano Cappellini



● a pagina 8

Chiusi nei confini con la paura dello straniero

di Ilvo Diamanti

Nel tempo della globalizzazione, in Italia, l'importanza di confini e frontiere non sembra diminuire. E gli immigrati continuano a occupare uno spazio centrale nel dibattito sociale. ● a pagina 23

Diritti

Italia, che errore sostenere il regime di Tunisi

di Patrick Zaki

Nel 2011 la Primavera araba è partita dalla Tunisia. Ero al secondo anno di università e ricordo che, subito dopo Natale, prima della sessione di esami, i miei coinquilini sono rientrati in fretta a casa dicendo di accendere subito la tv, perché la politica della regione stava cambiando. ● alle pagine 14 e 15



Il Nobel Maria Ressa "Come difendere le democrazie"

di Rosalba Castelletti
● alle pagine 54 e 55

GUIDA LA RIVOLUZIONE. ANCHE SENZA PATENTE MOTO.

BMW CE 04

Parla l'altra compagna

Dopo il delitto sentii Ale e mi disse "Ora Giulia dorme"

di Carra e Di Raimondo



● alle pagine 25 e 27

La storia

Asilo nido al liceo per salvare la maturità di Sofia

di Ilaria Venturi



● a pagina 37

Inflazione, errori e burocrazia i progetti del Pnrr da tagliare

La revisione parte da 120 misure in ritardo: dall'idrogeno alla prevenzione alluvioni. Infrastrutture e Ambiente più indietro. Solo undici degli investimenti in bilico valgono 17 miliardi. Si tratta con la Ue per la quarta rata, ultimatum ai sindaci

ROMA – È il Pnrr della «debolezza». Fiaccato dall'inflazione. E dai ritardi per il rilascio dei pareri e delle autorizzazioni. In tilt, scrive sempre la destra al governo nella sua prima relazione semestrale, anche perché molti investimenti sono risultati «poco attrattivi». E poi i sistemi di monitoraggio delle opere che sono «inadeguati», le procedure europee sugli aiuti di Stato che «a volte risultano un fattore di rallentamento».

Cause esterne, ma anche colpe interne, che negli spifferi di Palazzo Chigi continuano a essere ancora addebitate all'esecutivo di Mario Draghi. Ragioni che portano Giorgia Meloni a invocare la revisione del Piano di ripresa e resilienza. Ma che impongono alla stessa premier un'assunzione di responsabilità precisa: decidere cosa scartare dal Piano, e in fretta. L'analisi di quello che non va è un passaggio obbligato. Ma ora è arrivato il momento di passare ai fatti: la responsabilità impatta sulla carne viva del Pnrr, dall'idrogeno alle ferrovie, e a cascata sulla grande scommessa per cui il Pnrr è nato: provare a inostradare il Pil su un percorso strutturale. Le decisioni, dunque. Il punto di partenza è rappresentato dalle 120

e gestionali, infine la rimodulazione dei target e gli errori tecnici di allineamento con le norme operative dell'Ue. Altre nove misure presentano tre criticità: dagli studios di Cinecittà all'Alta velocità ferroviaria con l'Europa del Nord, ancora lo sviluppo del biometano e il Piano Italia 5G. Qui il governo ha tirato una linea rossa, con l'idea che sarà quasi impossibile recuperare i ritardi. La posta in gioco è elevata: in ballo ci sono circa

di **Giuseppe Colombo**

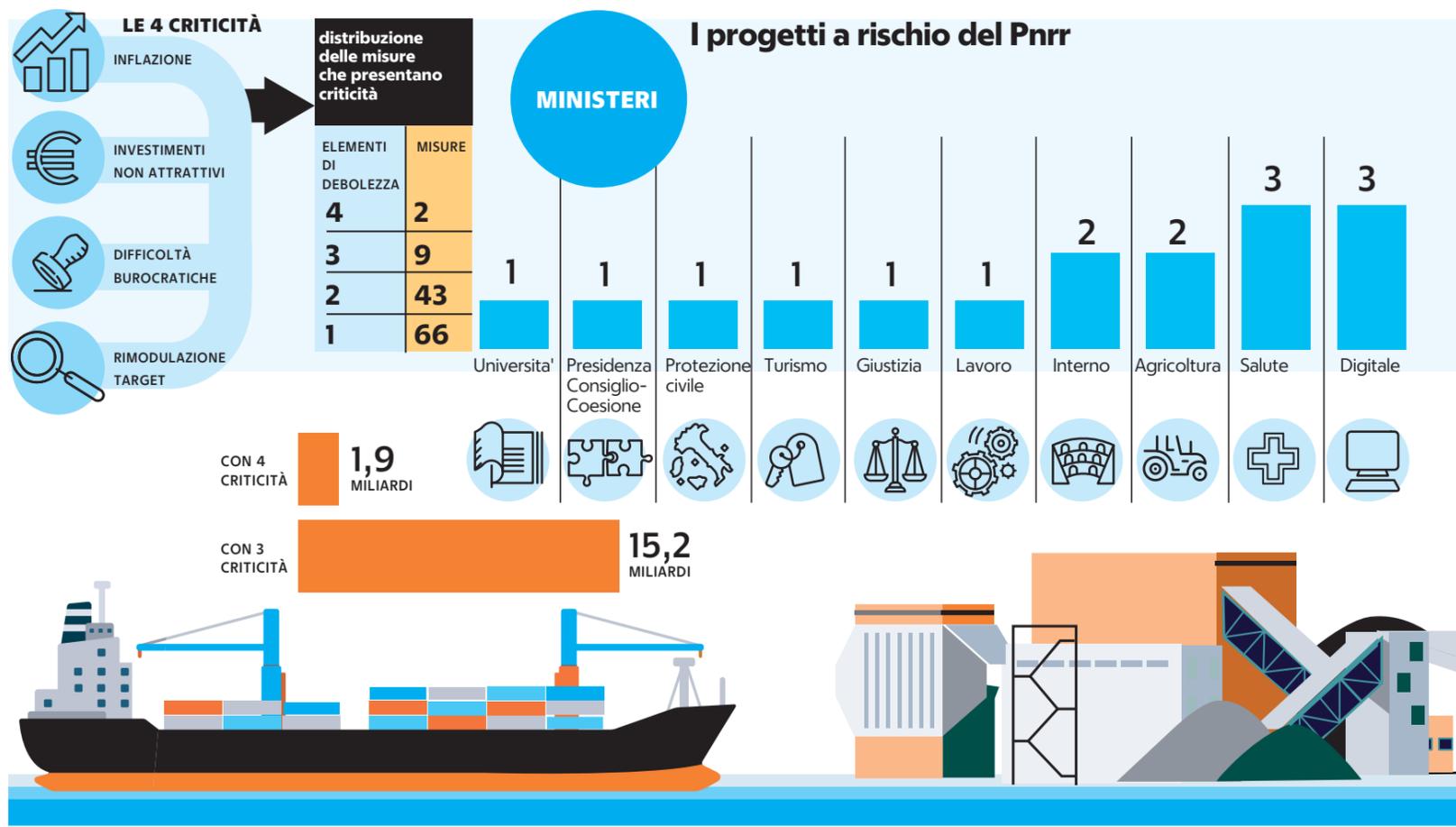


Raffaele Fitto
Ministro per gli Affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il Pnrr

17 miliardi. In ordine decrescente di rischio ci sono altre 43 misure che presentano due fattori di debolezza; a seguire altri 66 investimenti, con un elemento di criticità. Il totale fa 120. Alcune decisioni andranno prese subito, per la quarta rata da 16 miliardi che è legata ai 27 obiettivi in scadenza il 30 giugno. Sul tavolo di Bruxelles ci sono 8-9 obiettivi che sono stati cerchiati in rosso dal ministro per il Pnrr Raffaele Fitto: tra que-

sti, due sono pesanti. Sull'aggiudicazione degli appalti per gli asili nido, il governo chiederà tre mesi in più, fino al 30 settembre, con la garanzia a Bruxelles che non si andrà oltre: i Comuni in ritardo resteranno fuori, la misura defanziata. E per le stazioni di rifornimento a idrogeno, una doppia proposta: chiudere con 35 progetti (invece di 40) o un nuovo bando.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il governo deve decidere cosa scartare. Asili nido: fuori chi non riesce ad aggiudicare i lavori entro fine settembre

misure che, nelle valutazioni del governo, contengono uno o più elementi di debolezza. Sono i progetti che rischiano di uscire dal Pnrr, per traslocare su altri fondi, europei e nazionali, che hanno tempi più lunghi rispetto alla scadenza fissata, al 30 giugno del 2026, per l'impiego dei 191,5 miliardi del Piano. Non è una rinuncia alle risorse, ma è un gioco al ribasso sulla scommessa di cambiare ritmo alla capacità di spesa.

I ministeri che arrancano di più sono due: Ambiente e Infrastrutture. Seguono, a distanza, il dicastero della Cultura e quello dell'Istruzione. È dentro questi quattro ministeri che si trovano i progetti con il livello di rischio più elevato. A iniziare da quelli per la riduzione del rischio idrogeologico: ci sono 1,2 miliardi che non si riescono a spendere. Insieme ai 600 milioni per le reti fognarie e i sistemi di depurazione, questi investimenti scontano tutti e quattro gli elementi critici che sono stati individuati come base per la revisione: l'aumento dei costi, lo squilibrio tra domanda e offerta, le difficoltà amministrative

ROMA – «Se glieli dai, i Comuni i soldi li spendono e spendono bene. Il problema è che arrivano troppo lentamente: il governo deve introdurre un meccanismo automatico per gli anticipi se vuole imprimere una svolta alla spesa». Antonio Decaro, sindaco di Bari e presidente dell'Anci, l'associazione dei Comuni, va subito al punto. E all'esecutivo chiede anche di estendere alle altre opere del Pnrr le semplificazioni che oggi valgono solo per l'edilizia scolastica.

Il governo vi è venuto incontro: l'anticipo può arrivare al 30% del costo dell'opera. Non basta?
«È vero che i sindaci possono arrivare a ottenere un anticipo maggiore del 10%, ma bisogna semplificare il meccanismo: ci sono troppi passaggi tra ministeri e Comuni. Se un'opera ha già un progetto esecutivo, allora l'anticipo deve essere automatico per un importo maggiore del 10%, perché le imprese chiedono subito almeno il

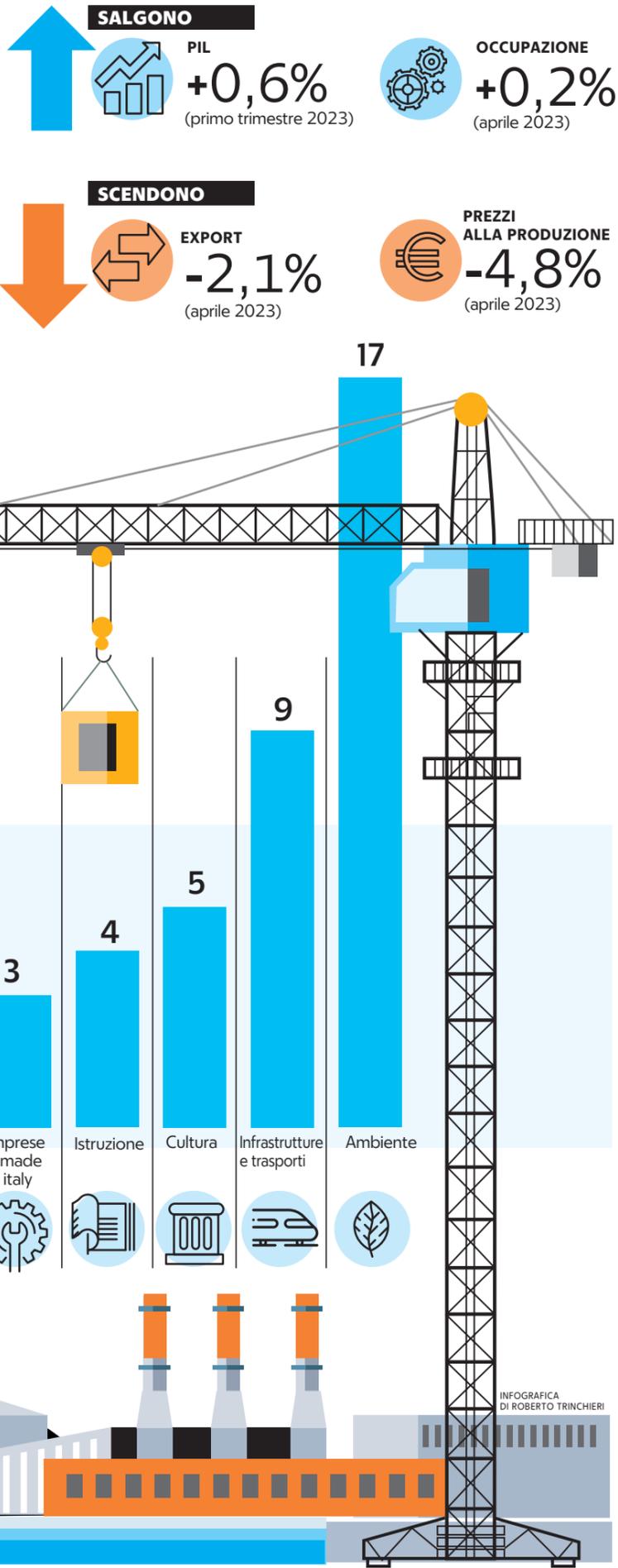
30%. E poi c'è la questione dei pagamenti».
Cioè?
«La circolare del governo non ha prodotto significativi risultati. Servono una scadenza e tempi certi per i pagamenti delle rendicontazioni. Si dice che la spesa del Pnrr è in ritardo e poi si paga lentamente la spesa fatta: non è possibile».
Le richieste al governo finiscono qui?
«No. Bisogna estendere la norma sulle semplificazioni, che esiste solo per l'edilizia scolastica. Se si vogliono ridurre i tempi, non si capisce perché queste semplificazioni non debbano valere per tutte le altre opere: dagli

Intervista al presidente Anci

Decaro "I Comuni sanno spendere è il governo che non ci anticipa i soldi"

alloggi popolari ai parchi, dagli impianti per i rifiuti alla rigenerazione urbana».
Ma poi i soldi riuscite a spenderli?
«Ne ho parlato qualche giorno fa con il ministro Fitto. Non abbiamo condiviso alcuni passaggi contenuti nella relazione semestrale, ma sono fiducioso sul fatto che verranno stralciati dal testo definitivo».
Cosa non avete gradito?
«Il passaggio dove si scrive che i piccoli Comuni, fino a diecimila abitanti, potrebbero avere problemi perché dovrebbero aumentare la spesa del 60%. I dati dicono altro: questi Comuni, tra il 2017 e il 2022, hanno aumentato la propria spesa del 50% e quelli fino a mille abitanti

addirittura del 90%. La verità è che i Comuni i soldi li spendono, se glieli dai».
Però le assegnazioni dei lavori per gli asili nido non si riusciranno a completare entro la scadenza di fine giugno.
«Il ministro Valditaro ci ha detto che a giugno potremmo arrivare tra il 70 e l'80% di lavori aggiudicati. Vi rendete conto quanto lavoro è stato fatto in poche settimane. Lo facciamo per le famiglie italiane, perché sappiamo quanto sia importante, e vogliamo che possano fidarsi che i soldi per gli asili saranno spesi, e spesi bene. Ci sarà una proroga solo per pochi Comuni, tenendo conto che in quattro mesi abbiamo dovuto



Risparmi e turismo per ora aiutano il Pil Ma senza il Recovery la crescita crolla

Lo scenario

MILANO – Il governo Meloni fa fatica a “mettere a terra” il Pnrr, in Europa c’è forte preoccupazione per questo fatto, ma al momento non vi è alcuna reazione né sui mercati finanziari né nei giudizi delle agenzie di rating internazionali. Come si spiega questo fatto? Tutti gli economisti spiegano che esiste una correlazione diretta tra i 190 miliardi che l’Italia può spendere entro il 2026 e la crescita economica futura, incorporata nelle stime di crescita del Prodotto interno lordo (Pil). Senza questa maggiore spesa, però, le previsioni di crescita peggiorerebbero istantaneamente e quindi i mercati volgerebbero al peggio. Ciò non sta succedendo perché, per vari motivi diversi, l’economia italiana sta andando meglio del previsto, molto meglio della Germania, che negli ultimi due trimestri è entrata in recessione. I motivi di questa resilienza prova a spiegarli Lorenzo Codogno, visiting professor alla London School of Economics e fondatore della sua società di consulenza LC Macro Advisors: «L’Italia ha beneficiato più di altri paesi del calo del prezzo del gas, del rimbalzo della Cina dalla fine del 2022 e della riduzione delle disfunzioni nelle catene internazionali del valore - spiega l’economista -. Inoltre, in Italia le famiglie e le imprese sono meno indebitate e dunque risentono di meno del rialzo dei tassi di interesse e hanno risparmiato da spendere. Contribuiscono positivamente anche gli investimenti di NexGenEu, poiché si tratta di tanti quattrini. E probabilmente anche il Superbonus ha drogato la performance del settore delle costruzioni, almeno in pas-

sato». Dunque, una delle ragioni del buon andamento dell’economia italiana, in questo momento, è legata al fatto che durante la pandemia la gente ha risparmiato di più e ora sta riversando questi denari in maggiori spese che sostengono l’attività economica. «I risparmi cumulati nella fase Covid e gli interventi successivi dovuti al caro energia rappresentano uno stimolo fiscale non pienamente fruito - conferma Codogno -. È stato messo “in frigorifero” e ora viene tirato fuori gradualmente per consumi e investimenti, controbilanciando gli effetti della stretta monetaria».

C’è, quindi, un doppio binario: i più alti tassi di interesse stanno facendo sentire il loro effetto negativo sulle attività industriali, manifatturiere, molto presenti in paesi come Cina e Germania, ma anche Italia. Il nostro paese, però, ha il vantaggio di avere altre variabili positive a disposizione, come il maggior risparmio, gli stimoli contro il caro energia e anche una buona parte di servizi che stanno tirando. «È in atto una recessione nel settore manifatturiero e la Ci-

I 190 miliardi che l’Italia deve spendere entro il 2026 sono inglobati in tutte le stime dei mercati. Un ritardo farebbe soffrire l’economia

di Giovanni Pons



▲ Premio Nobel Paul Krugman

Torino
Krugman chiude il Festival dell’Economia “La globalizzazione si è fermata”

«Chip prodotti solo in alcuni posti del mondo, vaccini che dipendono da tecnologie sviluppate in pochi Paesi, intelligenza artificiale in mano a poche grandi compagnie: non si va più verso la globalizzazione. Occorre consapevolezza per impostare una realpolitik che non può prescindere dall’impegno diretto degli Stati». Paul Krugman, Nobel 2008, padre nobile dei moderni economisti neo-keynesiani, stimolato da Tito Boeri ha chiuso in grande stile il Festival internazionale dell’economia di Torino, di cui Boeri è direttore scientifico e l’editore Laterza organizzatore: quattro giorni con 116 dibattiti ai quali hanno partecipato 278 ospiti tra cui 43 internazionali, 4 premi Nobel e poi storici, analisti, rappresentanti delle istituzioni. “Ripensare la globalizzazione” il tema: grande partecipazione del pubblico soprattutto giovane che ha dialogato direttamente con i maggiori protagonisti dell’economia globale.

na, che è la fabbrica del mondo, ne risente, mentre gli Usa vivono di servizi che sono in forte ripresa - osserva Andrea Delitala, responsabile advisory di Pictet -. La Germania rallenta e dovrebbe farlo anche l’Italia ma ha il sostegno del NextGen, i cui effetti arrivano un po’ alla volta, non tutti insieme, e del turismo che sta tirando molto».

Riepiloghiamo: l’economia italiana, nonostante il cattivo andamento dell’industria, in questo momento è sostenuta dai consumi, dal turismo e dai primi effetti dei soldi spesi con il Pnrr che, se continuassero, porterebbero l’Italia a crescere molto più degli altri paesi europei. Questo film è già nelle previsioni degli analisti. «È da molto tempo che ho stime più positive di molti altri analisti per l’Italia. Vedo la crescita del Pil all’1,3% quest’anno e all’1,6% l’an-

Le famiglie hanno speso meno durante la pandemia e ora sostengono i consumi

no prossimo e quello successivo - dichiara Codogno -. È chiaro che queste stime incorporano anche la consistente spesa pubblica prevista nel Pnrr per almeno un punto percentuale di Pil all’anno. Se questo venisse meno sarebbe un problema».

Ma allora, nel caso prevalesse l’incapacità del governo italiano a spendere i soldi del Pnrr, cosa succederebbe? Le risorse in gioco sono talmente grandi che, anche se non pienamente utilizzate, daranno comunque una spinta positiva alla crescita. L’importante è prendere almeno le sovvenzioni a fondo perduto, per accedere alle quali occorre fare tutte le riforme richieste e attuarle in modo appropriato. «Non prenderle sarebbe un delitto - ammette Codogno - mentre se anche non si spendessero tutti i soldi dei finanziamenti agevolati, il problema non sarebbe drammatico. L’importante è spenderli bene per avere crescita duratura, altrimenti è meglio non spenderli perché incrementerebbero solo il debito pubblico».

Insomma, vista dall’estero il Pnrr è una manna caduta sull’Italia, non sfruttarla sarebbe deleterio e si avrebbero ripercussioni sui mercati. Proprio in una fase in cui, come osserva Delitala, «il processo di disinflazione è in atto e abbiamo una buona visibilità per il 2023. I prezzi dei Fed funds ci dicono che in Usa sono finiti i rialzi dei tassi, anzi, incorporano già un taglio nel 2024».



fare la progettazione esecutiva e le gare. D’altronde i ministeri ci hanno messo sei mesi per farci firmare una convenzione per avviare le nostre attività».

Il ministro della Giustizia Carlo Nordio dice che abolirà il reato di abuso d’ufficio perché glielo chiedono i sindacati.

«L’abuso d’ufficio è un problema, ma il modo per risolverlo lo deve trovare il governo. Il ministro Nordio è un ex magistrato, il viceministro Sisto è un avvocato penalista: nessuno meglio di loro saprà trovare una soluzione. Il 93% dei sindacati indagati non viene nemmeno rinviato a giudizio. Noi non chiediamo né l’immunità né l’impunità: se il sindaco sbaglia deve pagare, e anche più degli altri perché tradisce i cittadini. Ma serve un perimetro preciso per l’abuso d’ufficio. Non puoi essere indagato per il solo fatto che sei il sindaco del tuo Comune, come se fosse un reato di posizione». - g.col

“
Bisogna semplificare ci sono troppi passaggi con i ministeri: ci sono voluti sei mesi solo per firmare una convenzione
”

Freno ai controlli della Corte dei Conti Calenda si schiera con il governo

Il leader di Azione
“L'avrei fatto anch'io”
Oggi probabile fiducia
sul decreto Pa

di Emanuele Lauria

ROMA – Il governo tira dritto e oggi, con ogni probabilità, metterà la fiducia sul decreto Pubblica amministrazione, che contiene le norme della discordia: l'abolizione del controllo concomitante della Corte dei conti sul Pnrr e la proroga dello scudo erariale che solleva i funzionari da responsabilità per

colpa grave. L'esecutivo respinge le accuse di voler silenziare la magistratura contabile e afferma che queste disposizioni sono le stesse volute o avallate dai predecessori. Archiviata, almeno per ora, la polemica con la commissione europea (dopo la parziale retromarcia dei funzionari che avevano lanciato l'allarme sulla necessità di un monitoraggio attento della spesa), la parola va dunque all'Aula. Il capogruppo di Fdi, Tommaso Foti, difende la linea della fermezza: «Riteniamo che se sarà chiesta la fiducia sul decreto Pa sicuramente sarà accordata perché è un provvedimento che serve all'Italia. Per quanto riguarda la norma sulla Corte dei Conti, se vogliamo che il Pnrr pos-



▲ **All'opposizione**
Il leader di Azione Carlo Calenda è favorevole all'emendamento che limita i controlli della Corte dei conti

sa andare a segno e cioè concludere i lavori entro il giugno del 2026, non occorrono controlli intermedi, ma finali».

Pd e M5S annunciano battaglia, in linea con Alleanza Verdi e sinistra che punta il dito sulla compressione dei tempi del dibattito: «È inconcepibile che anche in questa occasione il governo si sottragga a una discussione democratica: noi vogliamo esporre le nostre ferme ragioni contro un decreto che imbagaglia la Corte dei conti».

Diversa la posizione del Terzo polo. Sia Iv che Azione non vedono colpi di mano da parte del governo. E Carlo Calenda è persino penterorio nel difendere la norma che abolisce il controllo concomi-

tante della Corte: «L'avrei fatto io quel provvedimento. Era un controllo assurdo e ridondante. Non è che se tu limiti il controllo della Corte dei conti, è una roba per cui c'è il fascismo. Diventa una roba per cui un minimo si riescono a spendere i fondi, che questo governo non riesce a spendere».

Posizione che però, precisano fonti vicine a Calenda, non significa che i deputati di Azione voteranno la fiducia al decreto Pa. In ogni caso, quella che scatta oggi è una corsa contro il tempo: il provvedimento, dopo il via libera della Camera – previsto per domani se non ci saranno incidenti – deve poi essere approvato dal Senato entro giovedì. © RIPRODUZIONE RISERVATA

Intervista al ministro del Made in Italy

Urso “Vogliamo spostare le risorse del Pnrr sull'energia è questo il confronto con l'Ue”

dal nostro inviato Paolo Mastrolilli

WASHINGTON – «Il confronto con la Commissione europea sul Pnrr è tutto qui: vorremmo utilizzare al meglio le risorse, per avere effetti immediati sullo sviluppo economico e sociale del paese». Quindi puntare su progetti per «la sostenibilità energetica, la transizione 5.0, la tecnologia verde e digitale». Lo dice il ministro delle Imprese e del Made in Italy Adolfo Urso, facendo con *Repubblica* il bilancio della visita a Washington.

Gli americani temono che perdiamo questa occasione?

«Non c'è stato un confronto, ma il grande interesse per l'Italia da parte dell'amministrazione e le imprese americane è segno della fiducia nella nostra capacità di utilizzare queste risorse».

Quali aspettative ha percepito?

«Il confronto che il ministro Fitto sta gestendo su mandato del governo con la Commissione vuole sviluppare il nostro interesse nazionale all'interno del nostro mondo, Europa e Occidente. Puntiamo sulla capacità di produrre crescita e ripagare il debito pubblico. Perciò progetti chiaramente realizzabili. Alcuni, come gli stadi di Firenze e Venezia, sono stati bocciati perché non c'entravano nulla col Pnrr. Altri sono utili, ma non fattibili nei tempi dovuti, perché la rendicontazione andrebbe fatta entro il giugno del 2026, e quindi l'investimento l'anno prima. Così rischieremo di doverne pagare il costo. Perciò ci concentriamo su progetti realizzabili entro l'arco ristretto e le modalità date».

Quali?

«Progetti che garantiscano la sostenibilità energetica. Mi riferisco alle grandi imprese a controllo pubblico, nel campo di approvvigionamento e produzione energetica, reti di distribuzione, gasdotti e reti elettriche. Poi Transizione 5.0, ossia le imprese che acquistano macchinari per processi di formazione nel campo della sostenibilità. Quindi tecnologia green e digitale, per aumentare le possibilità di intervento a sostegno di aziende private italiane, ma anche estere, che investono. Dobbiamo essere competitivi per attrarle. Questa è la nostra direzione di marcia e qui in America, paese concreto, lo hanno capito».

Perché?

«È il momento giusto per rafforzare i



▲ **Adolfo Urso**
Il ministro per le Imprese e il Made in Italy è stato in questi giorni negli Usa, a Washington, dove ha incontrato esponenti della amministrazione Biden, fondi e manager

nostri rapporti industriali e commerciali, perché l'Italia viene percepita come un paese affidabile, in un contesto geopolitico in cui il nostro ruolo è notevolmente aumentato, dal punto di vista tecnologico e industriale, ma anche per l'importanza che avrà il Mediterraneo nei nuovi assetti geopolitici e quindi geoeconomici».

Saranno i temi al centro del G7 ospitato dall'Italia?

«Abbiamo un programma di interventi anche legislativi, come quello sul Made in Italy, che ci porterà a realizzare nell'anno del G7 una grande conferenza nazionale sulla politica industriale».

La crisi energetica è frutto dell'invasione dell'Ucraina.

«Con la segretaria al Commercio Raimondo abbiamo parlato della ricostruzione, individuando due aspetti. Uno è quanto si può fare da subito. Mi riferisco al progetto

Horonda, che mettendo a disposizione il porto di Trieste e il centro logistico di Verona faciliterebbe l'export e import dei prodotti ucraini. Il secondo è il contributo per lo sminamento dei terreni agricoli liberati».

Avete parlato della collaborazione nello spazio?

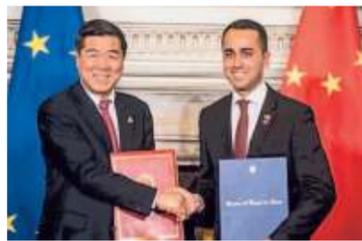
«Sotto molti aspetti. Ho incontrato i vertici di Virgin Galactic, per fare di Grottagnole il secondo porto per il turismo spaziale».

Al suo tavolo, quando ha presentato il fondo sovrano italiano, c'erano realtà come il fondo Kkr e Intel. Come hanno reagito?

«C'è un'offerta di Kkr, e un'altra di un fondo australiano con Cassa di Risparmio e prestiti. È in corso una valutazione da parte di chi ha diritto a farlo, cioè il cda di Tim. Siamo molto attenti al dossier, ma consapevoli che si tratta di un'azienda quotata in borsa, dove



“
Quei fondi servono per crescere e ridurre il debito. Ma con obiettivi realizzabili: gli stadi di Firenze e Venezia non c'entravano nulla



“
L'accordo strategico sulla Via della Seta era percepito come un cambio di campo dell'Italia. Per noi deve restare una intesa commerciale

il principale azionista è un altro investitore straniero, cioè Vivendi. Intel ha un grande progetto europeo, sappiamo che sta riflettendo su modalità e tempistica, ma la sua presenza dimostra che resta interessata al nostro paese. Nelle prossime settimane avrò colloqui con grandi fondi dei paesi arabi, ma anche Norvegia, Azerbaijan, Singapore».

Avete parlato della Via della Seta?

«No, perché siamo affidabili e consapevoli del ruolo in Europa, Mediterraneo, e Occidente.

Dobbiamo ridurre il rischio politico di quello che era percepito come un cambio di campo dell'Italia, unico paese del G7 a firmare un accordo strategico. Per noi la Via della Seta è sempre stata commerciale, è bene che resti tale».

Deciderete l'uscita in autunno, dopo un passaggio in Parlamento?

«Il governo ha tempo per sviluppare a pieno questa valutazione».

C'è una soluzione per il caso dell'Inflation Reduction Act?

«Dal punto di vista legislativo l'Ira è concluso, ma speriamo che nell'attuazione ci sia una par condicio per le imprese europee, come quella concessa a Messico e Canada. L'Europa poi dovrebbe investire per rilanciare il suo polmone produttivo, da affiancare a quello americano, diventando una grande area euro atlantica. Insieme potremmo rispondere alla sfida sistemica della Cina».

Questo riguarda anche le materie prime critiche?

«La Commissione europea sta finalizzando un rapporto che individua 34 materie prime critiche. Dovremmo estrarne il 10% dai nostri territori, lavorarne il 40% e riciclarne il 15% entro il 2030. In Italia ne abbiamo 15, in giacimenti chiusi 30 anni fa. Si trovano in aree protette in Liguria, Toscana, Campania, Sardegna e arco alpino. Abbiamo il più grande giacimento di cobalto in Europa, titanio, manganese, litio. Se l'Europa chiede di sfruttarli, deve darci gli strumenti normativi e finanziari per farlo».

Il governo intende a riprendere le estrazioni?

«È un obbligo, dobbiamo dire la verità ai cittadini. Ma vogliamo proteggere e conservare il patrimonio storico e paesaggistico».

La fotografia scattata dall'Agid sulla base delle dichiarazioni fornite dalle amministrazioni

P.a., siti web a fruibilità limitata

Solo il 38% risulta conforme agli standard di accessibilità

Pagina a cura di

ANTONIO CICCIA MESSINA

Il 60% dei siti web delle pubbliche amministrazioni si autodichiara solo parzialmente accessibile, il 2% è non accessibile, mentre appena il 38% si definisce conforme agli standard di fruibilità. E quanto risulta dal monitoraggio dell'Agid (Agenzia per l'Italia digitale) sulle dichiarazioni di accessibilità che le p.a. devono obbligatoriamente compilare e mettere a disposizione sul sito web con un apposito collegamento.

Si tratta di un adempimento derivante dalla direttiva Ue 2016/2012, recepita dal dlgs n. 106/2018 (che ha novellato la legge 4/2004, nota come legge Stanca), in base al quale le p.a. devono scrivere o aggiornare la dichiarazione di accessibilità per ogni loro servizio, entro il 23 settembre di ogni anno.

La direttiva citata prescrive l'accessibilità e cioè esige che i sistemi informatici erogino i servizi e forniscano informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari.

Questi obblighi, peraltro, non riguardano solo le pubbliche amministrazioni istituzionali. La platea è vastissima.

Tra i soggetti obbligati, per effetto della legge n. 4/2004, troviamo gli enti pubblici economici, le aziende private concessionarie di servizi pubblici, le aziende municipalizzate regionali, gli enti di assistenza e di riabilitazione pubblici, le aziende di trasporto e di telecomunicazione a prevalente partecipazione di capitale pubblico e le aziende appaltatrici di servizi informatici, gli organismi di diritto pubblico, tutti i soggetti che usufruiscono di contributi pubblici o agevolazioni per l'erogazione dei propri servizi tramite sistemi informativi o internet ed anche gli operatori che offrono servizi al pubblico attraverso siti web o applicazioni mobili, con un fatturato medio, negli ultimi tre anni di attività, superiore a cinquecento milioni di euro.

E l'elenco non è ancora completo, visto che, in base al dlgs n. 82/2022 (attuativo della direttiva Ue 2019/882), dal 28 giugno 2025 gli obblighi di accessibilità sono estesi a tutti gli operatori economici, in relazione ai prodotti e servizi previsti dall'articolo 1 del medesimo decreto (tra cui dispositi-

vi mobili e computer, servizi bancari, elettronica di consumo, apparecchiature mediche, trasporti, commercio elettronico)

La questione dell'accessibilità e fruibilità dei siti internet e delle applicazioni mobili è prioritaria considerato l'uso quotidiano dei servizi in rete che tutti devono fare sia per le pratiche amministrative, per ottenere un servizio pubblico e anche per ottenere servizi dal settore delle imprese private.

La non accessibilità e la non fruibilità dei siti e delle applicazioni mobili pregiudica l'accesso a beni e servizi.

La disciplina europea e italiana della materia ha attribuito all'Agid compiti di monitoraggio, che danno risultati non troppo confortanti.

I soggetti obbligati (al momento quelli elencati dalla legge del 2004, modificata nel 2018) devono verificare l'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili, in conformità con la direttiva Ue 2016/2102. Fatto questo le p.a. possono compilare la dichiarazione di accessibilità. Una volta compilata, la dichiarazione di accessibilità

viene messa a disposizione di tutti grazie ad un link posto sul footer del sito web o nell'apposita sezione dello store relativamente alle app mobile.

Le amministrazioni hanno l'obbligo di compilare o aggiornare la dichiarazione di accessibilità, per ogni loro servizio, entro il 23 settembre di ogni anno.

Tutte le dichiarazioni di accessibilità pubblicate entro questa data hanno validità fino al 23 settembre dell'anno successivo.

Il modello da compilare è fornito dall'AgID a questo indirizzo <https://form.agid.gov.it/>

La dichiarazione di accessibilità deve dare conto dello stato di conformità, indicare contenuti, sezioni e funzioni non accessibili, in caso di non conformità parziale o totale. In dettaglio si tratta di descrivere le aree dei siti web accessibili e quelle non accessibili, di fornire informazioni generali sul sito o applicazione e informazioni sul grado di conformità del sito web alle linee guida del settore, specificando il livello di conformità raggiunto.

La dichiarazione deve riferire sui test condotti per verificare l'accessibilità del sito web.

In caso di mancata conformità agli standard di accessibilità la legge Stanca, all'articolo 9, prevede la responsabilità dirigenziale e disciplinari dei dirigenti (per le pubbliche amministrazioni) e una sanzione amministrativa fino al 5% del fatturato (per i soggetti privati).

I numeri del monitoraggio, diffusi sul sito <https://accessibilita.agid.gov.it/monitoraggio>, sono notevoli: sono 2.777.479 le pagine dei siti valutate e le dichiarazioni di accessibilità compilate dal 2020 sono state 32.440.

I siti valutati sono stati 14.483, di cui 6.660 di comuni e loro consorzi e associazioni, 4.553 di istituti di istruzione statale e 3.270 di altri tipi di enti.

Il monitoraggio dei siti snocciola la percentuale di errori in base all'area geografica (con la provincia di Trento più virtuosa con il 7,16% e la valle d'Aosta la meno virtuosa con il 24,43% di incidenza di errori).

Quanto alle dichiarazioni

di accessibilità presentate entro il 30 settembre 2022, ammontanti a 12.709, si contano 4.854 autovalutazioni di conformità (pari al 39%), mentre quelle di parziale conformità sono 7.661 (60%) e, infine, quelle di non conformità sono 194 (2%).

L'Agid riferisce che gli errori maggiormente riscontrati sui siti della p.a. riguardano la mancanza di indicatore visivo del focus quando gli utenti navigano con la tastiera anziché con il mouse (33,8%), la presenza di informazioni veicolate esclusivamente attraverso il colore, come ad esempio i link non sottolineati (19,9%) e la presenza di testo con livello di contrasto del colore non sufficiente (11,8%).

È ancora lunga la strada, dunque, per avere siti con contenuti comprensibili, percepibili in modo chiaro da tutti gli utenti, con contenuti e navigazione tesa a semplificare l'interazione dell'utente, e infine, robusti, cioè tali da essere interpretati in modo affidabile su diverse piattaforme e dispositivi.

© Riproduzione riservata

Alcuni esempi di siti ad accessibilità ridotta

Sito	Valutazione	Note
agid.it	Parzialmente conforme	Sui link che aprono documenti pdf l'utente non è avvisato del formato del documento che sta per aprire; alcuni file pdf non sono completamente accessibili
governo.it	Parzialmente conforme	Molteplici errori di sintassi e stili; presente testo del collegamento utilizzato per più destinazioni diverse e scopo del collegamento poco chiaro nei link
ministeroturismo.gov.it	Parzialmente conforme	Homepage*
lavoro.gov.it	Parzialmente conforme	Testo link usato per più destinazioni diverse; campo di input senza descrizione
comune.milano.it	Parzialmente conforme	Le sezioni del sito non conformi sono in corso di reingegnerizzazione
comune.roma.it	Parzialmente conforme	Una parte dei servizi online attualmente disponibili da portale è in corso di reingegnerizzazione
salute.gov.it	Parzialmente conforme	Con zoom attivato oltre 200% c'è perdita di informazione; nelle immagini è presente testo non modificabile secondo necessità; nel footer l'ordine del focus non è rispettato all'interno delle pagine; link che aprono nuove schede senza avvisare l'utente
agcom.it	Non conforme	Il sito web è in end of life e sarà presto sostituito dal nuovo portale
consob.it	Parzialmente conforme	Non conformità diffuse negli elementi delle pagine
tim.it	Parzialmente conforme	Parziale o incompleta inosservanza delle disposizioni della norma UNI CEI EN 301549

*così testualmente il sito

2 giugno/ Fnomceo: "Ricordare il diritto alla salute su cui si fonda la Repubblica"



In occasione della festa della Repubblica "l'auspicio è che, ancora una volta, il 2 giugno ricordi a tutti noi i diritti su cui si fonda la Repubblica, e in maniera particolare il diritto alla salute, che siamo impegnati a rendere esigibile da parte di tutti i cittadini". Così il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), Filippo Anelli, in occasione della ricorrenza. "E' doveroso, innanzitutto - dice Anelli in un video messaggio al 'Tg Sanità' della Fnomceo - salutare il presidente della Repubblica Sergio Mattarella, che rappresenta tutti gli italiani che, in questo momento, celebrano la Repubblica italiana e lo Stato italiano, che si fonda proprio sulla Costituzione; il presidente del Consiglio Giorgia Meloni e Guido Crosetto, come ministro della Difesa, che rappresenta le forze armate e tutti quei reparti che sfilano sui Fori imperiali, per ricordare appunto la festa della Repubblica".

"Un anno fa - ricorda il presidente dei medici - eravamo noi lì, in quella sfilata; eravamo noi: i professionisti, i professionisti della salute, ed eravamo stati invitati proprio come segno tangibile di coloro che durante il Covid avevano in tutte le maniere tutelato la salute dei cittadini, anche a costo della propria vita. Per questo ringraziamo, ancora una volta, il presidente della Repubblica, per quella grande opportunità".

"In quella circostanza - sottolinea Anelli - non è stato invitato il Servizio sanitario nazionale, i suoi direttori generali, i suoi direttori sanitari: sono stati invitati gli uomini, le donne del Ssn, cioè i professionisti, coloro che realmente, attraverso le proprie competenze, attraverso la generosità dell'impegno, la passione, hanno reso possibile quel miracolo italiano di essere riusciti, per primi, a dover affrontare la terribile pandemia di un virus che in quel momento era altamente letale. Oggi - conclude - grazie allo sviluppo dei vaccini e grazie all'impegno di tutti i ricercatori, abbiamo un virus molto più attenuato e più trattabile con i presidi farmacologici che la scienza ci mette a disposizione". Da qui l'auspicio a ribadire la centralità del diritto alla salute.

Biosimilari: un'importante occasione di efficientamento economico

05/06/2023 in Farmaci



Secondo il report Aifa, con i dati aggiornati a dicembre 2022, l'incidenza del consumo di farmaco biosimilare è eterogenea sul territorio nazionale, con regioni che utilizzano esclusivamente i biosimilari e altre in cui l'incidenza del consumo è molto basso o addirittura nullo.

A livello nazionale, considerando l'andamento dei consumi nel periodo gennaio 2021 – dicembre 2022, si osserva un uso prevalente del biosimilare (nel 2022 valori superiori all'80%) per molti dei medicinali valutati, quali anticorpi monoclonali, ebpm, epoetine, fattori di crescita e teriparatide. Per le categorie follitropine, insuline e somatropina, invece, prevale l'uso dell'originator o del gruppo "altro". È quanto emerge dal **Monitoraggio dei farmaci biologici a brevetto scaduto, periodo gennaio-dicembre 2022 dell'Aifa**. L'analisi della variabilità regionale mostra che l'incidenza del consumo di farmaco biosimilare è eterogenea sul territorio nazionale, con regioni che utilizzano esclusivamente i biosimilari e altre in cui l'incidenza del consumo è molto basso o addirittura nullo. L'Agenzia rileva inoltre che nel 2022 non hanno fatto ingresso nuovi biosimilari, mentre per il 2023 si prevede l'ingresso sul mercato di biosimilari per i farmaci biologici che hanno perso il brevetto negli anni 2022-2023, quali ranibizumab e eculizumab.

“Negli ultimi mesi il monitoraggio dei biosimilari – precisa l'Agenzia – è stato potenziato con l'aggiunta di un approfondimento specifico sulla stima del risparmio, con il quale vengono fornite, per ogni regione, diversi scenari con il potenziale risparmio ottenibile nel canale degli acquisti diretti. In particolare, per ogni molecola vengono considerati 4 possibili scenari di risparmio, stimando il risparmio ottenibile in ciascuna regione. A livello nazionale, per l'intero anno 2022 è possibile stimare un risparmio complessivo (per tutti i p.a) che va da un minimo di 60 mln di euro dello scenario 1 ad un massimo di 250 mln di euro dello scenario 4. Il medicinale biologico con il maggior margine di risparmio ottenibile è adalimumab, seguito ebpm, epoetine e etanercept. In conclusione, afferma l'Aifa, l'introduzione sul mercato di farmaci biosimilari rappresenta una importante occasione di efficientamento economico della spesa sanitaria senza compromettere le garanzie di efficacia e sicurezza che rimangono il cardine dell'assistenza farmaceutica.

 [Print](#)  [PDF](#)

Innovazioni tecnologiche, Schillaci: Ruolo centrale dell'Hta

Carenza oculisti: «Mi hanno offerto 124 euro l'ora per scongiurare la chiusura dell'Oftalmico»

Mazzacane (GOAL) «Meglio investire sul territorio piuttosto che nei medici gettonisti in PS. Con il metodo RAO possibile differenziare i tempi e fare di poliambulatori territoriali o case di comunità i luoghi ideali per la presa in carico del paziente»

di Federica Bosco



Sempre più critica la situazione negli ospedali milanesi per la carenza di personale. In particolare, a soffrire è l'ospedale **Oftalmico** di Milano. Il nosocomio del Fatebenefratelli Sacco dedicata alla cura degli occhi deve fare i conti con una costante **carenza di oculisti**. Professionisti che lasciano il pubblico per rifugiarsi nel privato, al punto da ipotizzare una chiusura della struttura.

Medici a gettone per coprire turni notturni

Una soluzione estrema, che avrebbe l'amaro sapore di una sconfitta per la sanità pubblica lombarda, per il momento evitata grazie ai **medici a gettone**. Liberi professionisti arruolati per alcuni turni, in particolare di notte, a **124 euro** l'ora; la proposta è arrivata anche a **Daniilo Mazzacane**, medico oculista in attività come libero professionista e segretario generale di **GOAL** (gruppo oculisti ambulatoriali liberi). «Si tratta di una follia – spiega a *Sanità Informazione* lo specialista -. Con tre turni di notte si realizza l'equivalente dello stipendio mensile di un dirigente ospedaliero di primo livello». I conti sono presto fatti: per coprire un turno notturno di dodici ore il professionista andrebbe ad incassare **1488 euro**. «Un costo per una prestazione che di notte non è necessaria – ribadisce -. Infatti, è sufficiente avere un professionista reperibile. Le prestazioni di vera urgenza per gli occhi sono rare. Non solo, impiegando i medici di notte nel Pronto Soccorso si sottraggono specialisti ai reparti di giorno».

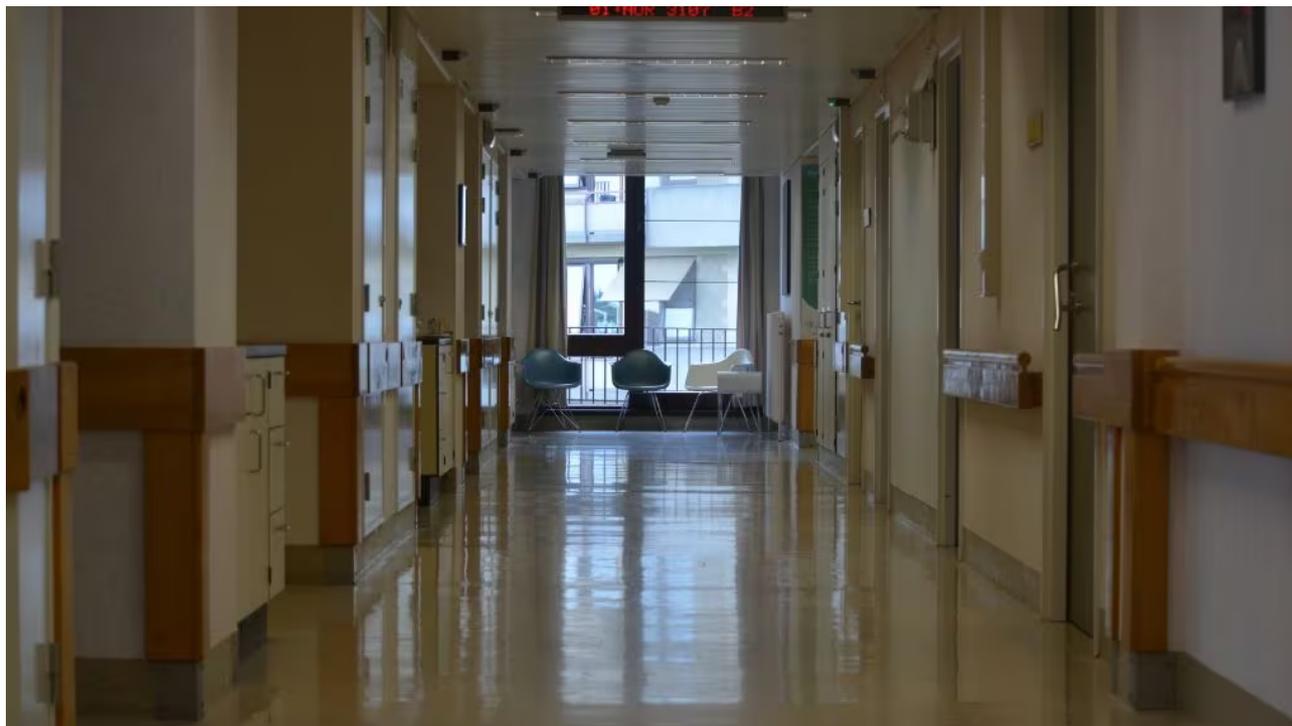
Carenza oculisti: un problema da risolvere sul territorio

Per il segretario nazionale di GOAL (Gruppo oculisti ambulatoriali liberi) il problema si potrebbe risolvere sul territorio e suggerisce anche una strada percorribile: «La soluzione c'è ed è il metodo **RAO** – dice l'oculista -. Il sistema di raggruppamento di attesa omogenea è stato approvato da Agenas a dicembre del 2020 e realizzato con il contributo di **85 società scientifiche**, i rappresentanti delle Regioni, delle Province autonome e di **Cittadinanzattiva**».

In cosa consiste il metodo RAO

Il metodo RAO ha l'obiettivo di **differenziare i tempi di attesa dei cittadini** che accedono ad una prestazione specialistica ambulatoriale erogata dal **Servizio Sanitario Nazionale** o per conto del SSN. «È un manuale da destinare a medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per far sì che la prescrizione fatta sia appropriata – aggiunge Mazzacane -. Quindi per ogni

Il regionalismo differenziato in sanità legittimerà il divario tra Nord e Sud



L'autonomia differenziata mina l'unità della Repubblica e l'uguaglianza tra cittadini. Pubblichiamo l'audizione informale alla Commissione affari costituzionali del 23 maggio 2023 da parte del presidente della Fondazione GIMBE che mette in guardia dalle conseguenze del progetto di legge Calderoli.

Illustre Presidente, Illustri Componenti della Commissione,

–

vorrei cominciare con una considerazione generale. L'emergenza COVID-19 ha ulteriormente indebolito il SSN, la cui crisi di sostenibilità ormai perdura da oltre 10 anni per varie ragioni: imponente sotto-finanziamento, carenza di personale per assenza di investimenti, mancata programmazione e crescente demotivazione, incapacità di ridurre le disuguaglianze, modelli organizzativi obsoleti e inesorabile avanzata del privato. Per la nostra democrazia non è più tollerabile che universalità, uguaglianza ed equità, i principi fondamentali del SSN, siano stati traditi e che i pazienti vivano oggi le conseguenze quotidiane di una sanità pubblica in “codice rosso”: infinite liste di attesa, aumento della spesa privata, disuguaglianze di accesso alle

prestazioni sanitarie (<https://www.micromega.net/come-le-persone-anziane-sono-state-buttrate-fuori-dal-servizio-sanitario-nazionale/>), inaccessibilità alle innovazioni, migrazione sanitaria, rinuncia alle cure, riduzione dell'aspettativa di vita.

Nel Report Il regionalismo differenziato in Sanità (<http://www.gimbe.org/regionalismo-differenziato-report>), pubblicato il 2 febbraio 2023, la Fondazione GIMBE ha analizzato le maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di tutela della salute, pur nella consapevolezza che, secondo il principio *Health in All Policies* e il recente approccio *One Health*, numerosi ambiti di maggiori autonomie hanno un potenziale impatto sulla salute pubblica. In particolare, tutela dell'ambiente e dell'ecosistema, tutela e sicurezza del lavoro, alimentazione, ordinamento sportivo; ma anche governo del territorio, grandi reti di trasporto e di navigazione e previdenza complementare e integrativa.

Dall'analisi delle richieste di maggiore autonomia avanzate da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto nell'ambito "tutela della salute", emergono alcune considerazioni generali, suffragate da quasi 4.000 stakeholder della sanità in occasione della survey promossa dalla Fondazione GIMBE nel 2019:

- L'abolizione dei tetti di spesa per il personale sanitario e l'istituzione di contratti di formazione-lavoro per anticipare l'ingresso nel mondo del lavoro di specialisti e medici di medicina generale rappresentano oggi strumenti fondamentali per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario che dovrebbero essere estesi a tutte le Regioni.
- Alcune forme di autonomia rischiano di sovvertire gli strumenti di governance del SSN aumentando le disuguaglianze nell'offerta dei servizi: sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, sistema di governance delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale, determinazione del numero di borse di studio per specialisti e medici di famiglia.
- Altre istanze risultano francamente "eversive". Una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via a sistemi assicurativo-mutualistici regionali sganciati dalla, seppur frammentata, normativa nazionale. Inoltre, la richiesta del Veneto di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale, rischia di concretizzare una concorrenza tra Regioni con "migrazione" di personale dal Sud al Nord, ponendo una pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sul ruolo dei sindacati.

L'impatto delle maggiori autonomie si inserirebbero in un contesto di enormi diseguaglianze regionali in termini di adempimenti ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e di conseguente mobilità sanitaria. In particolare:

- Dagli adempimenti al mantenimento dei LEA relativi al decennio 2010-2019 emerge che nelle prime 10 posizioni non c'è nessuna Regione del Sud e solo 2 del Centro (Umbria e Marche) e che le tre Regioni che hanno richiesto maggiori autonomie si collocano nei primi 5 posti della classifica: Emilia-Romagna (1^a), Veneto (3^a) e Lombardia (5^a). E secondo le nuove "pagelle" relative al 2020, basate sul Nuovo Sistema di Garanzia, tra le 11 Regioni adempienti l'unica del Sud è la Puglia.
- L'analisi della mobilità sanitaria conferma la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord e la fuga dalle Regioni del Centro-Sud: infatti, nel decennio 2010-2019 13 Regioni, quasi tutte del Centro-Sud, hanno accumulato un saldo negativo pari a € 14 miliardi. E tra i primi quattro posti per saldo positivo si trovano sempre le tre Regioni che hanno richiesto le maggiori autonomie: Lombardia (+€ 6,18 miliardi), Emilia-Romagna (+€ 3,35 miliardi), Toscana (+€ 1,34 miliardi), Veneto (+€ 1,14 miliardi). Nel 2020 su € 3,33 miliardi di valore della mobilità sanitaria, il 94,1% della mobilità attiva si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, mentre l'83,4% del saldo passivo grava su Campania, Lazio, Sicilia, Puglia, Abruzzo e Basilicata, peraltro con la Calabria non contabilizzata.

Questi dati confermano che nonostante la definizione dei LEA dal 2001, il loro monitoraggio annuale e l'utilizzo da parte dello Stato di strumenti quali Piani di rientro e commissariamenti, persistono inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali, in particolare un gap strutturale Nord-Sud che compromette l'equità di accesso ai servizi e alimenta un'imponente mobilità sanitaria dalle Regioni meridionali a quelle settentrionali.

Di conseguenza, l'attuazione di maggiori autonomie in sanità, richieste proprio dalle Regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione, non potrà che amplificare le inaccettabili diseguaglianze registrate con la semplice competenza regionale concorrente in tema di tutela della salute. Ovvero, il regionalismo differenziato in sanità legittimerà normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute. Peraltro proprio quando il Paese ha sottoscritto con l'Europa il PNRR, il cui obiettivo trasversale è proprio quello di ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali.

Tenendo conto della grave crisi di sostenibilità del SSN, delle inaccettabili diseguaglianze regionali e dell'impatto delle maggiori autonomie la Fondazione GIMBE propone di espungere

la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere il trasferimento delle funzioni da parte dello Stato, perché la loro attuazione finirà per assestare il colpo di grazia al SSN.

Grido d'allarme di ANASTE, UNEBA E LEGACOOP: "Senza aiuti strutture per anziani a rischio chiusura"

Appello di ANASTE alla politica: senza aiuti a rischio chiusura molte strutture medio piccole a causa dell'inflazione e della carenza di personale. Una soluzione? Mettere contenuti e proposte concrete alla nuova Legge delega sulla non-autosufficienza, recentemente approvata dal Parlamento

di Redazione



«Senza un aiuto dalla Regione e dal Governo le strutture della terza età – sono diverse decine quelle rappresentate da **ANASTE, UNEBA e LEGACOOP** a Bologna – rischiano la chiusura. Ciò significa non poter più accogliere e dare la dovuta assistenza sociosanitaria agli anziani più gravi, cioè non autosufficienti». È quanto è emerso dall'incontro organizzato dall'**Associazione nazionale strutture della terza età** di Bologna a **Palazzo Segni Masetti**, con il coinvolgimento delle altre associazioni, delle istituzioni tra cui l'Usl e l'Università di Bologna e gli ordini professionali sanitari. Presenti numerosi gestori e imprenditori delle strutture socioassistenziali e che rappresentano un anello fondamentale nella catena delle cure ai più fragili e un punto di riferimento per tutta la comunità.

Assistenza sociosanitaria per anziani in rosso a causa inflazione e carenza di personale

Il grido d'allarme è stato lanciato dalle tre associazioni in occasione del convegno voluto da **ANASTE Emilia-Romagna** che a livello regionale rappresenta la voce di **38 strutture di cui 28 a Bologna e provincia**. La situazione preoccupa per diverse congiunture: la forte inflazione (si stima un 20% in più di aumenti), la **cronica carenza di personale** e in particolare di medici, **infermieri** e operatori sociosanitari. Mancano i fondi e gli investimenti. **Da 12 anni non si muove nulla** e le rette sono ferme. Guardando al presente e alle opportunità del **PNRR**, non si rintraccia tra i beneficiari il sociosanitario.

A rischio le piccole e medie strutture per anziani

Sono a rischio chiusura le strutture medio piccole perché non possono affrontare le sfide complesse che appartengono alla terza età. I bisogni dei nostri anziani diventano sempre più complessi e richiedono figure sanitarie altamente formate e competenti, integrate in equipe multiprofessionali e multidisciplinari. «La preoccupazione è distribuita ampiamente tra tutte le strutture della regione. Alcune di queste hanno chiuso per il secondo anno di fila il bilancio in rosso – fa notare Gianluigi Pirazzoli, Presidente ANASTE ER – . Inoltre i fornitori pretendono il riconoscimento dell'inflazione e stiamo parlando di **aumenti medi del 10%** su tutti i servizi di cui le strutture necessitano (lavanderia, cucina, ausili medicali etc.)».

Chiesto l'intervento della Regione

«Dalla Regione non abbiamo ricevuto alcun riconoscimento, né sugli aumenti inflattivi né sui costi energetici e del personale – riprende Pirazzoli -. **Chiediamo proprio alla REGIONE un tavolo urgente e non più rinviabile** perché nessun progetto domiciliare potrà sostituire l'organizzazione sanitaria complessa di una CRA o RSA. I nostri anziani, soprattutto quelli che sono anche malati

hanno diritto ad essere curati e assistiti a 360 gradi. Non possiamo trattarli come vasi da riempire, quindi limitarci ad assecondare le loro funzioni biologiche e fisiologiche. Prendersi cura degli anziani significa per noi mettere più vita nei loro giorni e non semplicemente aggiungere più giorni alla loro vita».

Costi energetici non sopportabili

Anche **Alberto Alberani** Responsabile Area Welfare Legacoop Emilia-Romagna e **Fabio Cavicchi** Commissario UNEBA Emilia-Romagna manifestano preoccupazione per il futuro di molte strutture. «Pur riconoscendo l'impegno della Regione Emilia-Romagna nel mantenere il Fondo per la Non Autosufficienza che garantisce i servizi ad oltre **25.000 persone**, ci preme sottolineare che in questo ultimo triennio, dopo l'aumento dei costi connesso al Covid e l'aumento dei costi relativo ai costi energetici e all'inflazione, le tariffe definite all'inizio dell'accreditamento stanno determinando gravi perdite economiche ai gestori dei servizi – dichiarano -. Questi aumenti hanno determinato una situazione che dopo tre anni di perdite non può perdurare oltre. È urgente quindi un adeguamento delle tariffe per evitare la chiusura di servizi che si configurano come servizi essenziali per le persone anziane e le persone con disabilità non autosufficienti».

La sfida sulla legge delega per la non-autosufficienza

Rimane aperta una grande sfida: mettere contenuti e proposte concrete alla nuova **Legge delega sulla non-autosufficienza**, recentemente approvata dal Parlamento, che può rappresentare una pietra miliare nel percorso del riconoscimento della specifica condizione di dipendenza di molti anziani. **In particolare le strutture della terza età di Bologna e della regione Emilia-Romagna al Governo chiedono:**

- La certezza di avere un personale adeguato sia dal punto di vista numerico sia della qualità della formazione e preparazione.
- La garanzia di una sostenibilità economica attraverso cui articolare progetti e iniziative;
- Avere una reale integrazione pubblico-privato a beneficio del comparto.

L'indifferenza della Politica non avrebbe le peggiori conseguenze solo sugli anziani malati, che sono pur tra i soggetti più deboli della popolazione da proteggere e tutelare. Si tratta infatti di un **problema sociale** che ha ripercussioni negative sui lavoratori, i fornitori, le famiglie degli anziani. In altre parole è a rischio l'equilibrio e la "salute" della società.

Malattie metaboliche ereditarie: Aismme introduce l'Infermiere Case Manager

05/06/2023 in Professioni



Un importante agente di cambiamento per i pazienti e famiglie

Appuntamenti con specialisti e servizi sociali, date da tenere a mente, dubbi sui percorsi di cura e socio-assistenziali, scarsa conoscenza dei servizi offerti, moltissime e diverse figure di riferimento, e ore di macchina per gli spostamenti, spesso in luoghi lontani e con orari non compatibili o con la vita quotidiana o programmati al di là delle proprie esigenze. Insomma, la vita del paziente metabolico e della sua famiglia, già provata duramente dalla malattia, è molto, troppo difficile. Molto più di altri malati, infatti, i pazienti metabolici rari hanno bisogni di welfare e di cura complessi, che richiederebbero invece una visione olistica delle situazioni di fragilità, interventi fatti su misura sulle esigenze del paziente e della sua famiglia, e la capacità di coordinare una pluralità di fonti di aiuto e di servizi. Insomma, servirebbe un...segretario personale, ma con competenze professionali specifiche!

Ecco dunque il nuovo progetto sostenuto da Aismme, che ha introdotto nel Centro Regionale di Cura delle Malattie Metaboliche Ereditarie di Verona la figura dell'“Infermiere Case Manager”, un professionista dedicato che affianca pazienti e famiglie nel loro percorso di cura e di vita diventando la figura di riferimento unica per il paziente, i familiari e caregiver e gli operatori sanitari e sociali.

*“Insieme ai medici del Centro, ci siamo chieste come dare risposte alle esigenze non solo di cura ma anche socio assistenziali di pazienti così complessi come quelli metabolici – spiega **Cristina Vallotto, presidente di Aismme** – Abbiamo capito come fosse necessario non solo personalizzare il percorso e definire un piano individuale di assistenza ma anche mettere le famiglie o i pazienti nella condizione di conoscere e di avere accesso a tutti i servizi e le risorse a cui hanno diritto e accompagnarle nella ‘navigazione’ tra servizi sociali, sanitari, educativi, abitativi e di collocamento, ma anche quelli offerti dall’Associazione. Tutti allo stesso modo importanti ai fini dell’inclusione sociale e della qualità di vita delle persone affette da Malattie Metaboliche Ereditarie”.*

Insomma, spiega l'Associazione, l'idea era quella di intervenire in modo concreto sull'intero ecosistema del malato metabolico, di inquadrare le situazioni di fragilità di questi pazienti e famiglie in un'ottica multifattoriale e nel suo insieme, che è un insieme complesso, cercando di evitare loro disagio e marginalità, guardandole però con un “occhio” esperto e preparato. Occorreva, dunque, una figura professionale dedicata, che si occupasse di tutte le esigenze della persona assistita, evitando quella presa in carico frammentata, inefficace e antieconomica, che spesso porta le famiglie dei piccoli pazienti e i pazienti adulti a sentirsi rimbaltate fra un servizio e l'altro. Creando, quindi, un processo assistenziale personalizzato, tarato sul singolo paziente, da seguire in tutte le fasi: dalla diagnosi, alla presa in carico clinica, dai vari trattamenti dieto-terapeutici e farmacologici ai percorsi riabilitativi, fino alla dimissione agevolando il rientro al domicilio.

*“Il nostro Infermiere Case Manager, che da maggio è al lavoro nel Centro Cura Malattie Metaboliche Ereditarie nell’Ospedale Borgo Trento di Verona, è un importante agente di cambiamento per i pazienti affetti da MME– spiega **Manuela Vaccarotto, vicepresidente di Aismme** – È a tutti gli effetti un membro dell'équipe di cura e possiede una preparazione specifica per affiancare questa tipologia di pazienti e una grande esperienza. È, insomma, una persona che vive la quotidianità dell'équipe medica e della famiglia del paziente pediatrico e del paziente adulto e che ha quindi piena consapevolezza delle necessità, delle risorse disponibili e delle dinamiche in atto. E' un importante progetto, da cui ci aspettiamo moltissimo in termini di miglioramento non solo della qualità di vita complessiva del paziente ma anche dell'efficacia del percorso terapeutico. Un'esperienza che ci auguriamo possa essere apprezzata e condivisa da altri centri di Cura in Italia”.*

*“Per me è una grande sfida e mi offre la possibilità di fare un'importante esperienza – spiega **Irene Cunial, Infermiera** -. Si tratta anche di una preziosa opportunità di mettere in pratica un mio sogno, perché anni fa avevo fatto una tesi di laurea in infermieristica proprio sul tema, studiando casi all'estero. Questa figura, infatti, è stata importata dal mondo anglosassone e sta prendendo piede in Italia negli ultimi anni anche se non si è ancora affermata e diffusa. Avevo analizzato diversi casi e capito come sia importante e come contribuisca concretamente alla qualità di cura e di vita del paziente nella sua routine quotidiana. Ora posso lavorare a Verona mettendo in pratica quanto appreso nel corso della mia carriera e quanto desiderato fare sin da quanto ero studentessa. Spero di portare un contributo positivo all'interno del Centro e di contribuire al lavoro di Aismme. Ma soprattutto sono lì per i pazienti”.*

Il complesso lavoro del Case Manager

Le Malattie Metaboliche Ereditarie sono malattie genetiche ad alta complessità assistenziale e spesso, molto spesso, il paziente deve essere incanalato in un percorso di multidisciplinarietà clinica, dove l'interazione tra gli operatori risulta fondamentale secondo la logica del lavoro d'équipe e della progettazione assistenziale. In questa complessità del percorso di cura e di assistenza, il Case Manager assume la gestione del caso e diventa la figura di riferimento unica per il paziente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali. Si fa carico di tutte le esigenze della persona assistita, evitando una presa in carico frammentata, molto spesso inefficace e costosa. Salvaguarda la continuità delle cure sul fronte dell'azione terapeutica e lavora sulla diminuzione del disagio ed il miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua famiglia. Concilia le risposte necessarie al soddisfacimento dei bisogni del paziente e dei familiari alle risorse disponibili, facendo tra l'altro da tramite tra il Centro di Cura e i diversi Servizi presenti sul territorio. Fornisce infine, informazioni sui servizi offerti dal servizio sociosanitario, ma anche sui servizi forniti dall'Associazione, in particolare sul supporto psicologico favorendo così l'accesso a ogni supporto possibile da parte della famiglia e del paziente adulto.

S
24

Prevenzione: 5 società scientifiche lanciano gli "Help Desk" che celebrano la Festa della Repubblica. Schillaci: Rilanciare Ssn a partire dal capitale umano

di *B.Gob.*

«Oggi più che mai bisogna rilanciare il Servizio sanitario nazionale e su questo fronte nei primi mesi di Governo abbiamo dato dei segnali in maniera molto pragmatica e soprattutto mi dispiaccio molto quando vedo dipinto il nostro Ssn come sull'orlo del fallimento. Così non è perché il Ssn ha la forza del capitale umano, cioè i professionisti che sono tra i migliori del mondo». Lo ha detto il ministro della Salute Orazio Schillaci intervenendo alla presentazione degli "Help Desk della prevenzione", che saranno attivati durante il mese di giugno per celebrare la Festa della Repubblica da 5 società medico scientifiche italiane negli ambiti Urologia (Siu), Audiologia e Foniatria (Siaf), Parodontologia e Implantologia (SIDP), Endocrinologia (Sie), Medicina del Lavoro (Siml). «La prevenzione è un argomento che ho messo al centro del mio mandato perché la ritengo fondamentale per una nazione come l'Italia in cui il tasso di longevità è molto elevato - ha aggiunto Schillaci citando l'articolo 32 della Costituzione -. Ricordo poi che con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni siamo riusciti ad approvare dopo sei anni di attesa i Livelli essenziali di assistenza che vanno nella direzione di offrire nuove possibilità di diagnosi e di accesso a strumenti protesici che risalgono al secolo scorso». Il diritto alla salute - ha aggiunto il ministro - «negli ultimi anni non è stato sempre pienamente garantito: ritengo che oggi più che mai bisogna rilanciare il Servizio sanitario nazionale e su questo nei primi mesi di Governo abbiamo dato dei segnali in maniera molto pragmatica e soprattutto mi dispiaccio molto quando vedo dipinto il nostro Ssn come sull'orlo

del fallimento».

A marzo con la Fism guidata da Loreto Gesualdo il ministero aveva già promosso il numero di pubblica utilità in occasione di giornate dedicate alla prevenzione di alcune patologie. «Oggi - ha detto ancora Schillaci - vogliamo condividere l'impegno a favore della prevenzione che le società scientifiche hanno messo in campo per "essere protagonisti anche fuori dalle corsie", come recita lo slogan, che bene spiega l'importanza di informare i cittadini con attività continuative. Il supporto dei professionisti sanitari in questo sforzo comune per la prevenzione è fondamentale, dobbiamo raggiungere il maggior numero possibile di persone con una comunicazione efficace e costante e utilizzare tutti gli strumenti come gli help desk che abbiamo attivati. Gli help desk sono attivi tutto l'anno e offrono supporto e consulenze ai cittadini, basterà inviare una mail e medici specialisti risponderanno a domande e dubbi».

QN**Cronaca** Sanità. Tac, risonanze e visite, è boom di richieste. Regole più stringenti

Acquista il giornale

Accedi | Abbonati

QN**CRONACA**[Città](#) | [Cronaca](#) [Sport](#) [Cosa Fare](#) [Politica](#) [Economia](#) [Cultura e spettacoli](#) [Speciali](#) ▾[Chiara Ferragni](#) [Allerta meteo Toscana](#) [Aggressione nel pub](#) [Balneari](#) [Luce](#) [Pecore Elettriche](#)[Home](#) > [Cronaca](#) > [Sanità. Tac, risonanze e ...](#)

Sanità. Tac, risonanze e visite, è boom di richieste. Regole più stringenti

Sistema in affanno, la Regione lavora a una delibera per intervenire sull'appropriatezza delle prescrizioni. "Serve un cambio culturale"



Un paziente sottoposto a Tac

PER APPROFONDIRE:<https://www.lanazione.it/cronaca/sanita-tac-risonanze-e-visite-e-boom-di-richieste-regole-piu-stringenti-73ce1850>



Cronaca Sanità. Tac, risonanze e visite, è boom di richieste. Regole più stringenti

Le prestazioni sanitarie dopo il Covid è letteralmente esploso e sta continuando a crescere (anche nei primi cinque mesi del 2023) con un ritmo incontenibile. Per questo l'assessorato regionale alla salute, con guida politica di Simone Bezzini e la direzione di Federico Gelli, sta lavorando a una delibera che intervenga sull'appropriatezza delle prescrizioni. In particolare, sotto la lente d'ingrandimento ci sono tac, risonanze magnetiche e alcune visite specialistiche.

La delibera toscana precede l'applicazione nazionale delle note del nomenclatore da decreto del 12 gennaio 2017: si tratta di consigli prescrittivi, non di imposizioni, già che il decreto Lorenzin del 2015, che prevedeva l'obbligo con sanzioni, venne rapidamente affondato.

Il quadro di regole è chiaro, starà poi alle aziende sanitarie riuscire a farlo applicare per risparmiare decine di milioni di euro in prestazioni considerate inutili che potrebbero essere dedicate ad altri servizi essenziali, in un momento in cui i finanziamenti dello Stato alle Regioni continuano a prosciugarsi. Come ripete spesso il **ministro della Salute, Orazio Schillaci**, che non a caso è un medico radiologo, almeno **un terzo degli esami di diagnostica per immagini è fuori dagli indici di appropriatezza**.

Potrebbe interessarti anche

Cambia aria

Daikin

[Richiedilo ora](#)

Vediamo nei numeri il **boom**. In Toscana dal 2019 al 2022 le richieste per visite specialistiche di primo accesso sono aumentate del 24,6%, mentre con una percentuale ancora più alta, del 31%, è cresciuta la domanda di accertamenti di diagnostica strumentale. Addirittura quasi raddoppiate le richieste di tac e risonanze magnetiche.

Le tac sono passate da un totale di 251.450 del 2019 a 372.627 nel 2022, con una crescita del 48,19%: i maggiori incrementi si sono verificati per le tac di bacino e articolazioni sacro iliache (+60,92%), che però sono le meno richieste, e del torace (+54,83%), le più richieste, seguite da quelle dell'addome.

Ancora più forte è stato **l'aumento delle richieste di risonanza magnetica**, che sono passate dalle 279.789 del 2019 alle 437.275 del 2022, con un incremento del 56,29%. La parte del leone la fanno la risonanza della colonna e quella muscoloscheletrica, quelle a maggior rischio di inappropriatezza. Nonostante la Toscana, come certificato da Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), nel 2022 sia stata l'unica regione italiana a fare registrare volumi di visite, esami e interventi leggermente superiori rispetto a quelli del 2019, la domanda di prestazioni in costante crescita sta mettendo in grande difficoltà il sistema.

La delibera arriva proprio perché per alcune tipologie di prestazioni all'incremento esorbitante di richieste non è coinciso con modifiche dell'indicatore case-mix che consente di valutare il rapporto fra il peso medio della domanda toscana e il peso medio nella casistica standard nazionale.

Il trend di crescita quasi incontenibile della diagnostica per immagini richiede un cambio culturale. Incidono i cittadini che da soli si affidano a internet per interpretare i sintomi e poi chiedere al medico gli esami. Incide la medicina difensiva. Nella delibera si fanno due esempi sull'appropriatezza prescrittiva di risonanza magnetica muscoloscheletrica, quella maggiormente esposta al rischio. L'invito è a non abusarne soprattutto in pazienti anziani per verificare **patologie artrosiche**.

Cronaca Sanità. Tac, risonanze e visite, è boom di richieste. Regole più stringenti

La delibera ribadisce l'importanza che gli specialisti prendano in carico i pazienti prescrivendo e prenotando direttamente gli esami senza rinviare dal medico di famiglia. Grande importanza riveste il **completamento della ricetta con gli appropriati codici**, anche riferiti alle priorità. Perché sono cresciute esponenzialmente le richieste in classe B (brevi), che prevedono l'erogazione entro 10 giorni.

[Home](#) > [Cronaca](#) > [Sanità Toscana, attese i...](#)

Sanità Toscana, attese incubo. In arrivo 23 milioni e supervisor per ridurre i tempi

Il governatore Giani e l'assessore Bezzini illustrano le altre misure. Le risorse statali destinate anche a pagare gli straordinari degli specialisti. Medici di famiglia: fino a 1.800 pazienti. Un numero per i consulti

Sanità?, le novità? in arrivo in Toscana
powered by Dailymotion

1:41

ON**Cronaca** Sanità. Tac, risonanze e visite, è boom di richieste. Regole più stringenti

cesario per preservarlo anno dopo anno) e dei tetti alla spesa del personale (le Regioni ne chiedono l'abolizione da anni per dare risposte più adeguate ai cittadini e per valorizzare i professionisti").

In questo quadro a sfondo caraveggioso, la Toscana si rimbecca le maniche e presenta un pacchetto di quattro delibere approvate in giunta per dare respiro al sistema sanitario: dal contenimento delle liste d'attesa all'istituzione del numero unico per le prestazioni non urgenti.

- [Liste d'attesa](#)
- [I nuovi manager](#)
- [Cup](#)
- [Medici di famiglia](#)
- [Consulti con il 116117](#)



Eugenio Giani (foto Alessandro Falsetti)

Liste d'attesa

Dal decreto Milleproroghe è arrivato il via libera per destinare lo 0,3% del fondo nazionale sanitario, in deroga ai tetti di spesa, ma non in aggiunta, per aggredire le liste d'attesa: 13 milioni saranno destinati all'attività specialistica ambulatoriale, per visite ed esami, 10 milioni a

**Cronaca** Sanità. Tac, risonanze e visite, è boom di richieste. Regole più stringenti

Nei computo delle riparazioni, le rette più grandi per la chirurgia toccano a Careggi, con 2 milioni e 507mila euro, e all'Asl Toscana centro, con 2 milioni e 527mila euro, le aziende che hanno più interventi da smaltire; per visite, esami e screening quasi la metà del totale va all'Asl centro, con 6 milioni e 209mila euro.

I nuovi manager

Tra le novità più importanti, un cambiamento significativo del modello organizzativo. Che prevede l'istituzione di figure manageriali che in ogni azienda si occuperanno solamente della gestione delle liste d'attesa, interfacciandosi con i colleghi dell'area vasta e della Regione. Entrerà in funzione anche un sistema di alert che segnalerà in tempo reale ai vertici Regionali lo sfioramento dei tempi e le liste chiuse. Intenzione della Regione intervenire anche sull'appropriatezza delle richieste, visto che dopo il Covid sono esplose aumentando del 50% le visite cardiologiche, così come quelle dermatologiche. Maggiormente in sofferenza per la chirurgia oculistica, ortopedia, ginecologia.

Cup

Un punto sempre critico riguarda il Centro unico di prenotazione che si avvia alla riorganizzazione, con il potenziamento di quello online. Si sta lavorando a rafforzare l'autostrada informatica per reggere i nuovi software, come spiega il direttore dell'assessorato Federico Gelli.

Medici di famiglia

Sempre tra le riforme varate dalla giunta l'innalzamento del massimale di assistiti per i medici di famiglia a 1.800. Una misura per far fronte alle molte uscite che non trovano rimpiazzati e per non lasciare sguarniti del medico di base i cittadini. I dottori che aderiranno dovranno chiedere le indennità per il collaboratore di studio e/o il collaboratore infermieristico.

Consulti con il 116117

Infine c'è il finanziamento e il via libera al progetto di una centrale operativa regionale che, sul modello di quella per il 112, attraverso il numero europeo armonizzato 116117 dovrà gestire le richieste di assistenza, prestazioni o consigli sanitari non urgenti. Il servizio che da ottobre sarà attivo – dopo il via libera del ministero – garantirà risposta 24 ore su 24. Il progetto della centrale unica (il cui avvio è stato finanziato con 4 milioni e 270mila euro) è stato assegnato per essere sviluppato all'Asl Toscana centro, che già gestisce la centrale regionale del 112 (i servizi saranno in stretta sinergia) negli stessi locali, a Firenze nel presidio Palagi.

[Dalla stessa sezione](#)

quotidiano **sanità**.it

Lunedì 05 GIUGNO 2023

Mmg: la difesa di ufficio del vuoto esistente

Alcune recenti prese di posizioni dei massimi rappresentanti della Fnomceo e dell'Enpam sembrano ribadire che i MMG devono mantenere la loro autonomia professionale o per meglio dire che nulla deve mutare per quanto riguarda il loro inserimento strutturale nelle attività del distretto.

La grande ambiguità degli organi di rappresentanza dei medici (ordini provinciali e a salire Fnomceo e la cassaforte della professione l'ENPAM) è emblematicamente rappresentata dalle dichiarazioni della loro prima linea dirigenziale: Dottori Silvestro Scotti, Filippo Anelli e Alberto Oliveti, in appoggio alla posizione recentemente espressa dalla Presidente del Consiglio Giorgia Meloni sulle cattedrali del deserto, alias case della comunità di cui al precedente governo.

L'ambiguità ovviamente non consiste nell'avere un'opinione in merito, ma nel fatto che i tre illustri esponenti in realtà sembrano parlare in veste di dirigenti sindacali o affiliati della FIMMG.

E dunque utilizzano, in particolare Filippo Anelli e Albero Oliveti, la loro posizione di rappresentanza "politico-finanziaria" della professione medica intera per sostenere le posizioni di un sindacato di categoria che persegue interessi seppur legittimi ma di tipo corporativo e parziale; interessi che peraltro possono confliggere con la maggioranza dei medici che sono invece pubblici dipendenti e che giudicano innaturale che i MMG, la cui attività esclusiva è la funzione di gatekeeping per l'accesso dei cittadini ai servizi pubblici siano, non dei funzionari dello Stato, ma dei liberi professionisti.

Tutto il contrario di quello che dovrebbe essere se si considera che gli stessi MMG sono anche titolari di un mercato esclusivo con barriere insormontabili al libero accesso in mancanza di zona carente. Né più né meno dei notai.

Gli illustri rappresentanti della professione dunque supportano gli interessi di parte minoritaria della professione e si guardano bene dal sostenere quello dei medici dipendenti (la maggioranza) che vorrebbero invece potere contare di più sul contributo dei MMG anche per la gestione dei codici bianchi o verdi inserendoli in un percorso para ospedaliero come sta facendo la Toscana.

È del tutto evidente dunque come l'obbiettivo delle dichiarazioni riportate, oltre alla consueta *captatio benevolentiae* di italica tradizione, non sia quello di affrontare con coraggio le difficoltà in cui versa la sanità e le cure primarie in particolare, ma di ribadire che i MMG devono mantenere la loro autonomia professionale o per meglio dire che nulla deve mutare per quanto riguarda il loro inserimento strutturale nelle attività del distretto. Il tutto adducendo la risibile scusa del rapporto fiduciario tra MMG e cittadino e del pericolo che questo si perda nelle case della comunità dove invece gli stessi cittadini vi potrebbero avere prestazioni di maggiore qualità e complessità.

La Fnomceo dunque, e più in generale gli ordini professionali che di questa rappresentano la porta di accesso, si trasformano in una sorte di apparato ideologico che dialoga con la politica per perorare le richieste di quelle organizzazioni sindacali "particolari" che grazie all'attuale sistema di votazione garantiscono la "presa" degli ordini e l'ascesa dei designati ai piani nobili della professione dove si dialoga con il mondo che conta e ci si eleva di censo e di retribuzione.

Sarebbe ovviamente facile impedire questo palese conflitto di interessi rendendo incompatibile la carica ordinistica con quella sindacale, ma questa semplice norma avrebbe effetti talmente dirompenti da non essere minimamente presa in considerazione.

Quello di non essere ascoltati è il destino delle Cassandre o degli sfasciacarrozze di professione che continuano a perorare cause perse e che in cambio, per una specie di riflesso assonico vengono redarguiti, ogni volta che parlano da qualche soldato semplice della professione che ripete lo stanco refrain di difesa del vuoto esistente e dei suoi sacerdoti di rango.

La crisi della sanità è profonda, se ne faccia una ragione anche il ministro Schillaci e per uscirne servono scelte coraggiose e rimettere seriamente in discussione un modello di erogazione delle cure che non ha purtroppo funzionato.

Roberto Polillo

Innovazioni tecnologiche, Schillaci: Ruolo centrale dell'Hta

05/06/2023 in Innovazione



Healthcare Management, all'Università Cattolica si apre oggi la conferenza dell'European Health Management Association (Ehma) in collaborazione con l'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari – Facoltà di Economia dell'Università Cattolica.

"Insieme ci battiamo per un'eccellente gestione della salute, per un'Europa sana": così recita il claim della **28ma edizione della conferenza annuale della European Health Management Association (EHMA)** che l'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari – Facoltà di Economia dell'Università Cattolica (ALTEMS) e l'EHMA promuovono dal 5 al 7 giugno nell'Auditorium del campus di Roma dell'Ateneo (L. go F. Vito, 1). Alla cerimonia inaugurale, che si tiene oggi lunedì 5 giugno alle ore 10.00, interverrà Il Ministro della Salute, professor Orazio Schillaci: *"Il Governo – anticipa il Ministro – sta ponendo estrema attenzione alle esigenze della filiera della salute, basti pensare che nel triennio 2023-2026 abbiamo previsto un incremento significativo del FSN. Nella sanità del terzo millennio che stiamo costruendo, dobbiamo sempre più aprirci e investire nella ricerca e nelle innovazioni tecnologiche. In questo ambito l'HTA riveste un ruolo centrale e sono certo che la collaborazione europea avviata su questo tema consentirà un cambio di passo necessario per accelerare i tempi di valutazione alla luce del progresso tecnologico"*.

Nel corso dei lavori della conferenza saranno esaminate le opportunità, le migliori pratiche e le innovazioni per i sistemi sanitari, ormai in continua evoluzione, saranno elaborate soluzioni innovative per sistemi sanitari sostenibili e resilienti, facilitando scambi e discussioni su temi complessi. Grazie alla conferenza EHMA ogni anno l'intero ecosistema di gestione della salute riunisce, a livello europeo, dirigenti e leader sanitari, operatori sanitari, dirigenti ospedalieri, ricercatori, accademici e responsabili politici, mettendo in comune un patrimonio di conoscenze e discutendo le questioni più rilevanti del sistema salute.

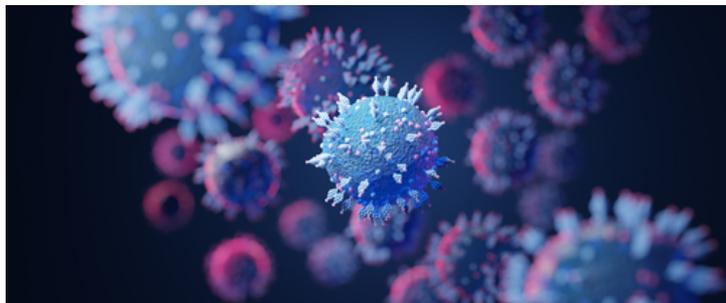
*"A nome del comitato direttivo di EHMA, vi invito caldamente a partecipare alla nostra prossima conferenza, #EHMA2023, organizzata in collaborazione con ALTEMS – dice **Sandra C Buttigieg, Presidente dell'EHMA** -. La conferenza annuale è il luogo privilegiato per i leader e i manager della salute di oggi e di domani per condividere esperienze, abilità e competenze. Ogni anno riuniamo esperti provenienti da tutta Europa e dal mondo per discutere soluzioni per il futuro della gestione della salute. Con un programma ricco e diversificato, la conferenza offre un'opportunità unica per trovare risposte ad alcuni dei problemi più difficili nella guida e nella gestione dei sistemi sanitari di domani"*.

*"Il Covid-19 – afferma **Americo Cicchetti, Ordinario di Organizzazione alla Facoltà di Economia dell'Università Cattolica e direttore dell'ALTEMS** – ha mostrato le fondamentali sinergie di cui i Paesi membri possono beneficiare quando si tratta il tema della salute. Le istituzioni europee sono impegnate a sostenere i Paesi che davvero intendono le spese sanitarie come un investimento, che produce più salute e benessere sia sociale che economico. La conferenza è una preziosa occasione di confronto tra gli attori dell'ecosistema sanitario. Il 28° Meeting Annuale di EHMA, che per la prima volta si svolge a Roma presso l'Università Cattolica per iniziativa dell'ALTEMS, vede convergere esponenti dell'Unione Europea, le università e i centri di ricerca più prestigiosi a livello europeo, gli esperti ma anche l'industria e le associazioni di pazienti e cittadini che insieme compongono un ecosistema che cerca il suo equilibrio attraverso soluzioni innovative che saranno discusse nei tre giorni di lavori"*.

L'Oms: attenzione ad enterovirus E-11 'killer' nei neonati in Francia

Dopo i 7 decessi in Francia l'OMS avverte: «Al momento nessun allarme, ma va fatta molta attenzione anche dal punto di vista dei laboratori che devono essere pronti per cercarlo nelle feci»

di Redazione



L'Oms ha lanciato un 'alert' su un enterovirus 'killer' nei neonati in Francia. **Il monito dell'OMS** parte da una segnalazione arrivata dalla Francia il 5 maggio scorso: da luglio 2022 ad aprile 2023 il Paese d'Oltralpe ha registrato 9 casi in 4 ospedali di 3 regioni; al 5 maggio 7 neonati sono morti, gli altri 2 ancora ricoverati. "L'attuale incremento dell'incidenza e della gravità" dell'infezione "nei neonati, associata a un lignaggio ricombinante di E-11 che in precedenza non era stato rilevato in Francia, è considerato insolito – spiega l'agenzia ginevrina – a causa del deterioramento estremamente rapido e del tasso di mortalità associato tra i bambini colpiti".

Enterovirus E-11: ecco i sintomi

"Si tratta dell'enterovirus E-11 che dà questo quadro clinico: un deterioramento molto rapido con una grave gastroenterite che poi provoca una insufficienza multiorgano che colpisce anche il fegato. Si deve vigilare attentamente. La Francia è vicina a noi e alcuni casi si verificheranno anche in Italia o si sono già verificati. Va ricercato questo virus nei neonati e nei bambini, vedere se è presente se ci sono sintomi. Nessun allarme ma molta attenzione anche dal punto di vista dei laboratori che devono essere pronti per cercarlo nelle feci dei bambini". Così **Matteo Bassetti**, direttore Malattie infettive ospedale San Martino di Genova. "Sulla base delle limitate informazioni disponibili", l'Oms valuta come "basso il rischio di salute pubblica per la popolazione generale, nonostante la natura preoccupante dell'aumento riportato".

«Fondamentale igiene, fare attenzione a quello che si mangia e lavarsi le mani»

"L'Enterovirus E-11 ha manifestazioni sistemiche gravi che si vedono soprattutto nei lattanti. Periodicamente si sono registrate microepidemie, anche in Italia, che però si autolimitano e non si diffondono in modo ulteriore. È un virus che può dare effetti molto gravi nei neonati-lattanti, ma può infettare anche soggetti più grandi e gli adulti. Cosa fare? Sono infezioni enterofecali, quindi l'attenzione deve essere focalizzata sull'igiene: fare attenzione a quello che si mangia, lavarsi le mani, assicurarsi della sicurezza dell'acqua che si beve. Ma, ripeto, nessun allarme perché sono microepidemie, che tendono a non dilagare troppo e la numerosità dei casi è contenuta". Così **Massimo Andreoni**, direttore scientifico Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), commentando l'alert dell'Oms su un enterovirus 'killer' nei neonati in Francia.

quotidiano **sanità**.it

Lunedì 05 GIUGNO 2023

La sanità è come il Ponte Morandi

Si rischia infatti la catastrofe cioè di far crollare il SSN perché nessuno mai in questi anni ha fatto la manutenzione che serviva. Il governo Meloni ha ereditato questa situazione ora però deve decidere se aggiustare il ponte o se farlo cadere. Per salvare il ponte (la sanità) serve un accordo quindi un progetto, che provveda a ricostruire gli equilibri strutturali compromessi cioè a ristabilire adeguate condizioni di sostenibilità

E' mia intenzione chiudere la riflessione sulla sostenibilità con una proposta. Ma ho bisogno preliminarmente di chiarire ancora alcune cose.

La differenza tra ignoranza e nichilismo

Si definisce:

- “*nichilista*” quella politica del governo che promuove coscientemente il processo di distruzione della sanità pubblica per rendere possibile l'affermazione di un sistema altro basato sulla privatizzazione.
- “*ignorante*” quella politica fatta da persone che non conoscono la complessità della sanità, prive di una qualsiasi progettualità e che, senza saperlo, con la loro ignoranza, rischiano di compromettere il patrimonio che abbiamo, spingendo la politica a fare scelte nichiliste.

Quella, con la quale, oggi abbiamo a che fare, secondo me, *sembra* una politica “*nichilista*” ma in realtà *sembra essere* soprattutto una politica “*ignorante*”.

Il pregiudizio sulla insostenibilità

Il governo non ha mai dichiarato di voler rinunciare alla sanità pubblica e di voler cambiare sistema ma la rinuncia alla sanità pubblica e il cambio di sistema, tuttavia, sarebbe l'inevitabile conseguenza di un pregiudizio sulla sua insostenibilità.

Come è noto un pregiudizio è una opinione priva di qualsiasi fondamento oggettivo che però nell'ignoranza del governo e non solo può costituire un serio ostacolo alla formulazione di politiche appropriate quindi inducendolo ad adottare scelte di fatto nichiliste.

Il paradosso è che noi si corre il rischio, a causa di un pregiudizio sulla insostenibilità della sanità, ammesso che sia tale e che non sia altro, (si vedrà) sostenuto purtroppo da una diffusa ignoranza che va oltre il governo e non risparmia l'opposizione, di mandare tutto alla malora.

Il SSN è “sostenibile” ma ha problemi di sostenibilità

IL SSN in quanto tale non è insostenibile come pensa il “governo ignorante” ma è innegabile che oggi esso ha problemi di sostenibilità che sarebbe sbagliato, soprattutto da parte della sinistra, trascurare.

Per due ragioni:

- perché ignorando i problemi di sostenibilità ci si riduce solo a chiedere soldi al governo (che di soldi non ne ha molti) ma sempre a contraddizioni invariante cioè perpetuando gli errori del passato, con ciò contribuendo a rendere il SSN davvero sempre più insostenibile;

- perché, a proposito di sostenibilità, solo ponendo rimedio ai problemi di “ignoranza” del governo, e non solo, si possono ripristinare gli equilibri compromessi tra economia e sanità e rifinanziare come si deve la sanità.

Ma cosa è la sanità?

Prima di parlare di sostenibilità è necessario accordarci preventivamente su come si deve intendere la sanità. Cioè cosa è quella cosa che ha problemi di sostenibilità? Come la dobbiamo intendere? Come definirla? Se quella cosa sarà x allora la sostenibilità sarà x, se quella cosa sarà y allora la sostenibilità sarà diversa, cioè y. Allora prima di discutere di sostenibilità che diavolo è la sanità?

La sanità non è come pensano, tutti ma proprio tutti, (mi dispiace non fare eccezioni), la somma dei suoi problemi o dei suoi settori dei suoi servizi o dei suoi operatori o delle sue specializzazioni, o la quantità delle risorse che spende.

Essa non è riducibile a quello che Cantor ha definito un “insieme”. Cioè uno scatolone pieno di problemi da risolvere con la logica banale del problem solving.

Ma neanche è semplificabile, come propongono tutti, anche in questo caso senza eccezione, a un “sistema” come se essa fosse un orologio con degli ingranaggi (regole) che garantiscono il suo funzionamento in modo organico.

Many Worlds Interpretation (MWI)

Secondo me l’interpretazione che meglio dà l’idea della vera complessità della sanità e che ci consente per davvero di capire la questione della sostenibilità, è quella, che qui uso per analogia, del “*mondo a molti mondi*”.

Questa è la mia proposta.

La sanità è fatta da tanti mondi distinti, tra loro certamente in relazione, regolati da equilibri, suscettibili però di alterarsi e di venir meno a causa di tanti fattori.

La relativa insostenibilità

Quando gli equilibri tra i tanti mondi della sanità vengono in qualche modo compromessi si ha un problema di relativa insostenibilità.

Va da se che, se volessimo fare un accordo con il governo sulla sostenibilità, la prima cosa da concordare è la rimozione a priori degli squilibri causati in questi anni da scelte politiche sbagliate a partire dalle controriforme decise negli anni 90.

“Rimozione degli errori” che però non è prevista in nessuna proposta avanzata per salvare la sanità pubblica. Gli errori, se sono tali, sarebbe meglio non ripeterli. Essi costano e non aiutano il SSN ad essere sostenibile

Una nuova definizione di sostenibilità

Quindi la sostenibilità non è aggiustare le cose rotte che in sanità non funzionano più, (territorio, ospedale, operatori pronto soccorsi liste di attesa, ecc.) o peggio come dice il PNRR fatto da Speranza, quindi da art 1, rafforzare ciò che c’è ma lasciando intatte le contraddizioni che sono in piedi. La sostenibilità è *il ripristino degli equilibri compromessi quindi il raggiungimento di nuovi equilibri*.

La sostenibilità quindi è una condizione di equilibrio, sia tra i diversi settori che compongono la sanità, sia tra le diverse strategie che in essa operano e come tale è una idea di equilibrio implicito. La sanità proprio perché MWI, è multi-strategica.

La sostenibilità, alla faccia di quello che hanno detto le varie commissioni parlamentari, co-emerge dagli equilibri impliciti tra più strategie che nel loro insieme la co-determinano. La sostenibilità è ciò che viene a galla da tutto quello che c’è sotto da dentro la pancia della sanità.

Ripartiamo dalla 833

Le strategie da mettere in equilibrio per scopi di sostenibilità sono già state previste nel 1978 con la 833 anche se tradite.

La proposta politica che avanza è chiara, si tratta:

- di ripartire dalla 833 sviluppando ciò che in passato non si è riusciti a sviluppare anche per evidenti limiti culturali del legislatore della politica e degli intellettuali;
- di rimuovere le controriforme che negli anni passati hanno deviato il percorso riformatore della 833 quindi hanno deviato la sua evoluzione;
- di sviluppare la 833 nel pieno rispetto dell'art 32 che non può che tornare ad essere un diritto fondamentale e non un diritto potestativo.

Repetita iuvant

Ricordo ancora a tutti che parte dei problemi di sostenibilità oggi derivano dalle controriforme degli anni 90 che in vario modo hanno cancellato l'aggettivo "fondamentale" dall'art 32 e compromesso una idea di governo partecipato della sanità, sbilanciato il rapporto privato pubblico a favore della speculazione e agito precise politiche "contro" i servizi quindi "anti-servizio" (si pensi agli ospedali e ai dipartimenti di prevenzione), quindi politiche apertamente regressive.

Come il ponte Morandi

La "sanità MWI", proprio come il ponte Morandi, in pratica rischia la catastrofe cioè di crollare perché nessuno mai in questi anni ha fatto la manutenzione che serviva.

Il governo Meloni ha ereditato questa situazione ora però deve decidere se aggiustare il ponte o se farlo cadere.

Per salvare il ponte, la "sanità MWI", serve un accordo quindi un progetto, che provveda a ricostruire gli equilibri strutturali compromessi cioè a ristabilire adeguate condizioni di sostenibilità.

Concludendo

Con tale accordo si devono indicare gli interventi legislativi che servono per ristabilire gli equilibri perduti a partire da quello che riguarda i modi per rifinanziare la sanità.

L'accordo in realtà dovrebbe essere un accordo politico in senso stretto e insieme un programma di interventi di riforme.

Senza una "quarta riforma" che, oggi metta a regime la "prima riforma", cioè che compia finalmente il progetto riformatore del 78 il ponte Morandi viene giù.

Ivan Cavicchi

Tumori: radioterapia può curare metastasi come la chirurgia

05/06/2023 in Studi e Ricerca



Lo dimostra uno studio europeo con Irccs Negrar capofila

La rinuncia al bisturi con la radioterapia in aggiunta alla terapia medica, è una soluzione per curare anche forme di cancro avanzate ma con metastasi limitate, con efficacia pari alla chirurgia e con minor disagio ed effetti collaterali. È quanto viene evidenziato dallo studio “Oligocare” promosso dalla Società Europea di Radioterapia Oncologica (Estro) e dall’European Organization for Research and Treatment Cancer (Eortc). La ricerca ha valutato l’impatto radicale della radioterapia su 1.600 pazienti che presentavano da una a cinque metastasi di varia tipologia, che originavano da tumori diversi, reclutati da 44 istituti di 12 paesi europei. I risultati preliminari sono stati presentati al congresso annuale dell’Estro, appena concluso a Vienna, da **Filippo Alongi, Ordinario di Radioterapia Oncologia all’Università di Brescia e Direttore della Radioterapia Oncologica Avanzata dell’Irccs di Negrar**, capofila del progetto con 200 pazienti, il più alto numero di casi trattati nello studio.

“Gli ‘oligometastatici’ sono quei pazienti che pur avendo una malattia estesa in più sedi nell’organismo, presentano un numero limitato di lesioni, fino a 3-5 in uno o più organi – spiega Alongi -. In Italia si stima che siano 1 su 5 e solitamente per questi pazienti si ricorre alla radioterapia a scopo palliativo, cioè per alleviare il dolore o prevenire i sintomi, per cui viene prescritta a basse dosi e mirata sulla sede delle lesioni che possono causare grandi sofferenze. Lo studio invece ha valutato l’impatto della radioterapia in pazienti con più metastasi con l’obiettivo della remissione locale”.

I pazienti arruolati sono stati 1.600 di cui più di 200, il numero più alto, provenienti dall’IRCSS Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, uno dei centri più all’avanguardia del nostro Paese nella cura radioterapica dei tumori. *“La gran parte di essi presentava da 1 a 3 metastasi di tumori primitivi della mammella, del colon, della prostata e del polmone, localizzate prevalentemente su polmoni, linfonodi, ossa e in alcuni casi anche nel cervello”*, precisa Alongi. Per il trattamento delle lesioni è stata impiegata la **radioterapia stereotassica**, cioè ad alte dosi ionizzanti erogate con precisione millimetrica, grazie anche alla possibilità di somministrazione sotto la guida di TAC o risonanza magnetica. I trattamenti hanno avuto una durata media di 5 sedute della durata variabile da pochi minuti a meno di un’ora e in molti casi sono stati effettuati contemporaneamente alla terapia medica (chemioterapia, immunoterapia e terapia con farmaci a bersaglio molecolare). *“Dai risultati preliminari emerge che la radioterapia, in aggiunta ai farmaci, e in qualche caso anche da sola, ad esempio nei tumori alla prostata, è in grado di distruggere più metastasi spegnendo localmente la malattia, con una sopravvivenza del 97% dopo 6 mesi dal trattamento ed effetti collaterali rilevanti in appena l’1% dei casi – riferisce l’esperto -. I dati reali raccolti molto promettenti, anche se necessitano di essere confermati con un follow up più lungo, consentono di convalidare il valore della radioterapia come modalità di trattamento locale definitivo e non solo a scopo palliativo con efficacia locale sulle metastasi pari alla chirurgia”.*

Tuttavia, nonostante la grande efficacia, **sulla radioterapia pesano ancora troppa disinformazione**, per cui continua a essere attribuito a questo approccio terapeutico un valore inferiore rispetto a quello chirurgico e farmacologico, oltre a una distribuzione disomogenea sul territorio nazionale degli acceleratori lineari.

“Cittadini, media e istituzioni hanno purtroppo una visione non bene bilanciata delle forze in campo per la cura dei tumori – chiarisce Alongi -. L’idea che si ha della radioterapia è un po’ distorta e risente di un retaggio che appartiene al passato e che nella migliore dell’ipotesi la correla a uno scopo solo palliativo o a una terapia ancillare. Questo è un grave problema per i pazienti che in numerose situazioni cliniche non soltanto se inoperabili, potrebbero trarre beneficio da un’opzione terapeutica non invasiva alternativa a quella chirurgica e sinergica con i moderni farmaci oncologici”.

Adenocarcinoma duttale trattato con dispositivo impiantabile

Redazione 1 Giugno 2023



L'adenocarcinoma duttale è la forma di tumore pancreatico più diffusa ed è estremamente aggressivo, quarta causa di morte per tumore nel mondo occidentale. Avendo sintomi iniziali aspecifici, spesso viene diagnosticato in fase già avanzata. Colpisce soprattutto uomini over 60, anche se le donne stanno riducendo la distanza.

Si tratta del tumore a minore sopravvivenza, sia a 1 sia a 5 anni dalla diagnosi, rispettivamente intorno al 35% e all'11,5%, e i trattamenti utilizzati sono spesso inefficaci.

Sta emergendo un nuovo immunoterapico, un agonista del recettore CD40. Per favorire l'accesso dell'antitumorale alle cellule target, un team di Houston ha ideato nanofluidic drug-eluting seed, un dispositivo impiantabile a lento rilascio, delle dimensioni di chicco di riso.

Fondamentale per il funzionamento del dispositivo è che sia impiantato direttamente nel tumore, dove viene rilasciato il farmaco attraverso una membrana silionica nanofluidica con sette microcanali circolari. Testato su topi, si è dimostrato efficace.

Per tracciare il percorso del farmaco, gli autori vi hanno unito un marchio fluorescente.

Nello studio, sono stati inseriti topi di controllo, che hanno ricevuto l'immunoterapico per via intraperitoneale.

Nel quattordici giorni successivi, i topi dei due gruppi sono stati tenuti sotto osservazione: i ricercatori hanno così verificato che il dispositivo impiantabile consente un rilascio di farmaco in

dosi minime per tutto il periodo, mentre l'iniezione porta a un trattamento in unica dose in un solo giorno.

Questa differenza ha conseguenze dirette sul tumore? Secondo lo studio, i topi trattati con l'impianto hanno ottenuto una riduzione della massa tumorale maggiore dei topi di controllo.

A onor del vero, gli esiti a novanta giorni sono stati disomogenei in entrambi i gruppi, ma il sistema favorisce la penetrazione del farmaco nello stroma tumorale, noto per essere denso e contrastare l'azione degli anticorpi monoclonali.

C'è un ulteriore vantaggio nell'uso del dispositivo impiantabile: rilasciando microdosi di farmaco al giorno, si riduce la tossicità legata al trattamento.

Infine, venendo condotto direttamente al tumore, c'è meno dispersione, il che significa che si possono utilizzare dosi minori fin dall'inizio del trattamento.

Alessandro Grattoni, uno degli sviluppatori del sistema, sottolinea: «il nostro obiettivo è trasformare il modo in cui si cura il cancro. Questo dispositivo permette di penetrare il tumore pancreatico in modo efficace e miniminvasivo consentendo di focalizzarsi sulla terapia e usando meno farmaco».

Uno dei risultati più interessanti dello studio riguarda la capacità del farmaco rilasciato dal dispositivo di colpire anche altri tumori oltre a quello sul quale è rilasciato.

È capitato, infatti, che in topi con più tumori al pancreas, l'anticorpo monoclonale sia risultato efficace sia sul tumore con l'impianto sia su un altro in altra sede.

Per ora si è in una fase di laboratorio, preclinica, ma i risultati ottenuti sono decisamente promettenti. Il team di ricerca afferisce allo Houston Methodist Hospital e allo Houston Methodist Research Institute. Ha collaborato anche il Texas A&M University College of Medicine.

(Lo studio: Liu HC, Davila Gonzalez D, Viswanath DI, Vander Pol RS, Saunders SZ, Di Trani N, Xu Y, Zheng J, Chen SH, Chua CYX, Grattoni A. Sustained Intratumoral Administration of Agonist CD40 Antibody Overcomes Immunosuppressive Tumor Microenvironment in Pancreatic Cancer. Adv Sci (Weinh). 2023 Mar;10(9):e2206873. doi: 10.1002/advs.202206873. Epub 2023 Jan 19. PMID: 36658712; PMCID: PMC10037694)

la salute

Prevenzione oncologica obiettivo aumento del 10% per la campagna salvavita

Ats invia 398 mila lettere per lo screening gratis su seno e colon Già recuperato nel 2022 il 90% degli esami fermati dal Covid

di Alessandra Corica Le lettere che sono state inviate, con appuntamenti fino al prossimo 30 giugno, sono 398 mila. Obiettivo, non solo fissare gli esami preventivi che erano stati messi in pausa nei tre anni del Covid, e in gran parte recuperati. Ma soprattutto aumentarne il numero del 10 per cento, in particolare per la prevenzione del cancro della mammella. Sono gli screening oncologici dell'Ats di Milano, strutturati in base alle disposizioni della Regione per smaltire code e liste di attesa. « Queste attività possono salvare vite. Fare prevenzione — ha spiegato nei giorni scorsi l'assessore Guido Bertolaso — aiuta anche a ridurre i costi della sanità. Perciò saremo attenti a monitorare e studiare i numeri riguardanti il coinvolgimento degli utenti, per rendere la Lombardia locomotiva anche in questo ambito».

Da corso Italia, allora, sono partite 158.722 lettere per fare gratis altrettante mammografie (le destinatarie sono donne dai 45 ai 74 anni, già la metà di chi ha ricevuto l'invito ha fatto l'esame), 85.886 inviti diretti ad altrettante donne per fare gli esami preventivi del cancro al collo dell'utero (per individuare, tra i 30 e i 64 anni, la presenza del Papilloma virus: già un quarto degli esami sono stati fatti o comunque fissati), e poi 154.315 lettere per la prevenzione del cancro al colon. «I progressi delle cure fatti negli ultimi anni sono importanti. Ma altrettanto importante è l'individuazione quanto più precoce possibile del tumore: più è piccolo, più è possibile circoscriverlo e cercare di controllarlo, con meno incidenza di metastasi — spiega Roberto Orecchia, direttore scientifico dello IEO —. È vero che, per una persona sana, fare unoscreening può generare un'ansia che può far desistere: penso al 30 per cento delle donne che non fa la mammografia, o al 50 per cento che non fa il Pap Test. Ma è importante superare questi timori».

Da vedere, quindi, quanti tra coloro che hanno ricevuto o riceveranno gli inviti dell'Ats, si sottoporranno agli esami: l'anno scorso, aumentando di oltre il 100 per cento i livelli del 2021 (quando ancora c'erano le restrizioni della pandemia), sono state fatte in tutto su invito dell'Ats e gratuitamente, 156 mila mammografie di primo livello (11.511 hanno poi richiesto un approfondimento di secondo livello), e poi 236 mila esami per individuare il sangue occulto, primo segno di un cancro al colon, e poco meno di 20 mila test per il tumore alla cervice. Un buon risultato: del resto, secondo gli ultimi dati esaminati dalla Corte dei conti, in Lombardia nel 2022 è stato recuperato il 90 per cento degli screening rimasti indietro per la pandemia, grazie a un finanziamento statale di oltre 11 milioni.

«La pandemia è come se fosse stata, contro la volontà di tutti, una sorta di test che ha dimostrato l'utilità degli screening — nota Giampaolo Bianchini, responsabile della patologia oncologica della mammella del San Raffaele —. Attenzione, però: lo screening mammografico è intervento di sanità pubblica, che si basa su pazienti con caratteristiche medie. Ma esistono situazioni, in cui c'è una fortissima familiarità, che possono portare il medico di famiglia a proporre prima dei 45-50 anni l'esecuzione della prima mammografia. Per questo rimane centrale, ai fini della prevenzione, anche la comunicazione con il proprio medico, per avere un percorso personalizzato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bianchini: «Ma rimane centrale anche la comunicazione con il proprio medico per un percorso personalizzato»

La rete lombarda La sede dello IEO, in prima fila per la prevenzione e la cura dei malati oncologici

Il dirigente dell'Asl 2 di Cuneo

“Si può gestire la sanità con personale interno Senza gettonisti e appalti miglioriamo l'efficienza”

di Sara Strippoli L'equivalente di due aziende sanitarie in Piemonte (su un totale di 19) sono esternalizzate, nonostante l'esistenza di una legge regionale che agevola le reinternalizzazioni.

E la richiesta di riportare i servizi ad essere gestiti internamente è stata rinnovata dalla Regione durante il braccio di ferro con le organizzazioni sindacali della scorsa settimana.

Assai poco è stato fatto finora, ma un esempio virtuoso c'è, per ammissione degli stessi sindacati.

All'Asl Cuneo2 (che include l'ospedale di Verduno) guidata da Massimo Veglio tutti i servizi che prima erano affidati a una società sono ora gestiti da personale assunto direttamente dall'Asl.

Direttore, missione possibile dunque?

«Siamo una piccola Asl, per altre aziende più grande può essere più difficile, ma la legge regionale consente di calcolare le reinternalizzazioni al di fuori dai tetti di spesa, cosa che prima non era possibile e questo è senza dubbio un incentivo».

Ci sono vantaggi economici?

«Direi che il risparmio economico c'è, ma è minimo. Però si guadagna certamente in efficienza, perché il personale che dipende da società o cooperative ha più difficoltà ad integrarsi con l'attività dei reparti e il turn over è sempre stato altissimo».

Quanto personale avete reinternalizzato?

«Centocinquanta persone, 100 operatori socio-sanitari, e magazzinieri.

Non solo reinternalizzazioni: in totale ho assunto 500 persone: nel 2019 avevo 1.700 dipendenti, ora 2.200. Quando sono arrivato le esternalizzazioni c'erano già e per gli operatori socio sanitari il contratto era con la società Amos.

Impegnati nelle medicine, in medicina d'urgenza».

Quali passi avete fatto per reinternalizzare?

«Abbiamo bandito concorsi, è stato piuttosto laborioso ma ci siamo riusciti. A quello per operatori socio sanitari hanno risposto circa 3.000 operatori socio-sanitari, 700 sono entrati in graduatoria. Una lista che ci è servita anche in seguito. Per i magazzinieri abbiamo avuto 100 aspiranti. Avere personale interno significa gestire malattie, maternità, ferie, tutte questioni gestite dalla società esterna».

Esternalizzare semplifica la vita

«Per alcuni aspetti sicuramente, ma si perde in qualità e continuità».

I lavoratori reinternalizzati guadagnano più di quelli contrattualizzati da Amos?

«Qualcosa in più, per i dipendenti diretti un reddito di 35.000 all'anno».

Avete incontrato una forte resistenza?

«Da parte dei sindacati interni di Amos certamente».

Quanti medici gettonisti utilizzati a Verduno?

«Pochissimi, due o tre pediatri, che resta la categoria dove mancano più specialisti, e qualche rianimatore.

Ma i bandi in ogni caso li faccio per liberi professionisti, non per i cosiddetti gettonisti. Costano di più di un dipendente, ma non quante quelli forniti dalle cooperative».

Tutti si lamentano perché i concorsi vanno deserti. Per voi è diverso?

«È così anche qui. Lo stratagemma che abbiamo adottato è di convocare un concorso dietro l'altro. Se ho bisogno di dieci medici d'urgenza e rispondono solo in quattro, prepariamo subito un altro bando. In questo modo forse ho la speranza di avvicinarmi almeno all'obiettivo».

La mensa a Verduno è esternalizzata?

«No, abbiamo cuochi interni. Un aspetto a cui tengo moltissimo.

Abbiamo cercato di lavorare su un progetto di qualità anche sui passi distribuiti ai nostri pazienti».

© RIPRODUZIONERISERVATA

AOOR VILLA SOFIA CERVELLO. NICASTRI NUOVO DIRETTORE PER L'UOC SERVIZIO TECNICO



di Press Service | 01/06/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

L'ingegnere **Vincenzo Nicastri** per i prossimi 5 anni sarà alla guida della direzione dell'UOC (Unità Operativa Complessa) "Servizio Tecnico" dell'Azienda "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" di Palermo.

L'ingegnere si è classificato primo nel concorso pubblico indetto in precedenza dall'azienda palermitana per la copertura del suddetto ruolo.

Nicastri, laureatosi in Ingegneria Civile e anche in Ingegneria Biomedica, presso l'Università di Genova, vanta importanti esperienze professionali: già capo dipartimento Infrastrutture di ISMETT nel 2017 e RUP progettazione per ISMETT 2. In precedenza, presso ASP di Trapani, è stato alla guida dell'unità operativa Gestione Tecnica nel 2005 e, successivamente, di quella di Ingegneria Clinica. Master della Bocconi in Management delle Strutture Sanitarie e un altro in Alte Tecnologie. Già presidente commissione tecnica per la costruzione del nuovo ospedale di Mazara del Vallo.

Nicastri entrerà in servizio dal 1 giugno 2023 e andrà a ricoprire un incarico di significativa importanza nell'ambito della dirigenza tecnico professionale amministrativa. Così commenta **Walter Messina**, commissario straordinario degli Ospedali Riuniti: "Professionista di alto profilo e corposa esperienza che, pertanto, potrà conferire un costruttivo apporto ad un settore aziendale così strategico".

Questo contenuto è un comunicato stampa. Non è passato dal vaglio della redazione. Il responsabile della pubblicazione è esclusivamente il suo autore.

ASP e Ospedali

L'annuncio

Villa Sofia-Cervello, ecco il nuovo direttore del Servizio tecnico

L'ingegnere Vincenzo Nicastri ha prevalso nella selezione pubblica e per 5 anni sarà alla guida dell'UOC.

🕒 **Tempo di lettura:** 1 minuto



1 Giugno 2023 - di [Redazione](#)

Miglior Fisiatra Bagheria

Prenota Ora

Riceve solo su appuntamento. Chiama Ora. Fisiatra a Bagheria.

medicisicilia.it

APRI

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

L'ingegnere **Vincenzo Nicastri** (a destra nella foto) per i prossimi 5 anni sarà alla guida della direzione dell'UOC (Unità Operativa Complessa) "**Servizio Tecnico**" dell'Azienda "Ospedali Riuniti **Villa Sofia – Cervello**" di Palermo. Si è classificato primo nel concorso pubblico indetto in precedenza dall'azienda palermitana per la copertura del suddetto ruolo.

Nicastri, laureatosi in Ingegneria Civile e anche in Ingegneria Biomedica, presso l'Università di Genova, vanta importanti esperienze professionali: già capo dipartimento Infrastrutture di **ISMETT** nel 2017 e RUP progettazione per ISMETT 2. In precedenza, presso ASP di **Trapani**, è stato alla guida dell'unità operativa Gestione Tecnica nel 2005 e, successivamente, di quella di Ingegneria Clinica. Master della **Bocconi** in Management delle Strutture Sanitarie e un altro in Alte Tecnologie. Già presidente commissione tecnica per la costruzione del nuovo ospedale di Mazara del Vallo.

Nicastri entrerà in servizio dal 1 giugno 2023 e andrà a ricoprire un incarico di significativa importanza nell'ambito della dirigenza tecnico professionale amministrativa. Così commenta **Walter Messina** (a sinistra nella foto), commissario straordinario degli Ospedali Riuniti: «Professionista di alto profilo e corposa esperienza che, pertanto, potrà conferire un costruttivo apporto ad un settore aziendale così strategico».

Miglior Fisiatra Bagheria - Infiltrazioni Fisiatra

Prenota Ora la tua Visita! Prenota la tua visita fisiatrica. [medicisicilia.it](#)

CS, AOR VILLA SOFIA CERVELLO. NICASTRI NUOVO DIRETTORE PER L'UOC SERVIZIO TECNICO

SICILIA By Redazione



(AGENPARL) – gio 01 giugno 2023 L'UOC SERVIZIO TECNICO

Per i prossimi 5 anni

L'ingegnere *Vincenzo Nicastri *per i prossimi 5 anni sarà alla guida della direzione dell'UOC (Unità Operativa Complessa) "Servizio Tecnico"

dell'Azienda "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" di Palermo.

L'ingegnere si è classificato primo nel concorso pubblico indetto in precedenza dall'azienda palermitana per la copertura del suddetto ruolo. Nicastri, laureatosi in Ingegneria Civile e anche in Ingegneria Biomedica,

presso l'Università di Genova, vanta importanti esperienze professionali: già capo dipartimento Infrastrutture di ISMETT nel 2017 e RUP progettazione per ISMETT 2. In precedenza, presso ASP di Trapani, è stato alla guida dell'unità operativa Gestione Tecnica nel 2005 e, successivamente, di quella di Ingegneria Clinica. Master della Bocconi in Management delle

Strutture Sanitarie e un altro in Alte Tecnologie. Già presidente commissione tecnica per la costruzione del nuovo ospedale di Mazara del Vallo.

Nicastri entrerà in servizio dal 1 giugno 2023 e andrà a ricoprire un incarico di significativa importanza nell'ambito della dirigenza tecnico professionale amministrativa. Così commenta *Walter Messina*, commissario straordinario degli Ospedali Riuniti: "Professionista di alto profilo e corposa esperienza che, pertanto, potrà conferire un costruttivo apporto ad un settore aziendale così strategico".

AOOR Villa Sofia Cervello. Nicastrì nuovo direttore per l'UOC Servizio Tecnico

Published 4 giorni ago redazione4 giorni ago • Bookmarks: 17

Per i prossimi 5 anni L'ingegnere Vincenzo Nicastrì per i prossimi 5 anni sarà alla guida della direzione dell'UOC (Unità Operativa Complessa) "Servizio Tecnico" dell'Azienda "Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello" di Palermo.

L'ingegnere si è classificato primo nel concorso pubblico indetto in precedenza dall'azienda palermitana per la copertura del suddetto ruolo.

Nicastrì, laureatosi in Ingegneria Civile e anche in Ingegneria Biomedica, presso l'Università di Genova, vanta importanti esperienze professionali: già capo dipartimento Infrastrutture di ISMETT nel 2017 e RUP progettazione per ISMETT 2. In precedenza, presso ASP di Trapani, è stato alla guida dell'unità operativa Gestione Tecnica nel 2005 e, successivamente, di quella di Ingegneria Clinica. Master della Bocconi in Management delle Strutture Sanitarie e un altro in Alte Tecnologie. Già presidente commissione tecnica per la costruzione del nuovo ospedale di Mazara del Vallo.

Nicastrì entrerà in servizio dal 1 giugno 2023 e andrà a ricoprire un incarico di significativa importanza nell'ambito della dirigenza tecnico professionale amministrativa. Così commenta Walter Messina, commissario straordinario degli Ospedali Riuniti: "Professionista di alto profilo e corposa esperienza che, pertanto, potrà conferire un costruttivo apporto ad un settore aziendale così strategico".

Com. Stam. + foto



foto commissario Messina e ing Nicastrì

PER 5 ANNI

Palermo, Nicastrì alla guida dell'unità operativa Servizio tecnico del Villa Sofia-Cervello

01 Giugno 2023



Messina e Nicastrì

L'ingegnere Vincenzo Nicastrì per i prossimi 5 anni sarà alla guida della direzione dell'Uoc (Unità operativa complessa) Servizio Tecnico dell'azienda ospedali riuniti Villa Sofia - Cervello di Palermo.

L'ingegnere si è classificato primo nel concorso pubblico indetto in precedenza dall'azienda palermitana per la copertura del suddetto ruolo.



NABA Nuova Accademia di Belle Arti

Scopri Tutte le Lauree e i Master

NABA.IT

eBook - Riforma dello sport

Shopwki

Confronta le Carte Business American Express e scegli quella per la tua attività

American Express

Raccomandato da outbrain

Nicastrì, laureatosi in Ingegneria Civile e anche in Ingegneria Biomedica, presso l'Università di Genova, vanta importanti esperienze professionali: già capo dipartimento Infrastrutture di Ismett nel 2017 e rup progettazione per Ismett 2. In precedenza, presso Asp di Trapani, è stato alla guida dell'unità operativa Gestione Tecnica nel 2005 e, successivamente, di quella di Ingegneria clinica. Master della Bocconi in Management delle strutture sanitarie e un altro in alte tecnologie. Già presidente commissione tecnica per la costruzione del nuovo ospedale di Mazara del Vallo.

Nicastrì ha preso servizio oggi (1 giugno) e andrà a ricoprire un incarico di significativa importanza nell'ambito della dirigenza tecnico professionale amministrativa. Così commenta Walter Messina, commissario straordinario degli ospedali riuniti:

«Professionista di alto profilo e corposa esperienza che, pertanto, potrà conferire un costruttivo apporto ad un settore aziendale così strategico».

Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, Nicastrì è il nuovo direttore per l'UOC servizio tecnico

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

PALERMO – Per i prossimi 5 anni l'ingegnere **Vincenzo Nicastrì** sarà alla guida della **direzione dell'UOC** (Unità Operativa Complessa) **“Servizio Tecnico” dell'Azienda “Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello” di Palermo**. L'ingegnere si è classificato primo nel concorso pubblico indetto in precedenza dall'azienda palermitana per la copertura del suddetto ruolo.

Chi è Vincenzo Nicastrì

Nicastrì, laureatosi in Ingegneria Civile e anche in Ingegneria Biomedica, presso l'Università di Genova, vanta importanti esperienze professionali: già capo dipartimento Infrastrutture di ISMETT nel 2017 e RUP progettazione per ISMETT 2.

In precedenza, presso ASP di Trapani, è stato alla guida dell'unità operativa Gestione Tecnica nel 2005 e, successivamente, di quella di Ingegneria Clinica. Master della Bocconi in Management delle Strutture Sanitarie e un altro in Alte Tecnologie. Già presidente commissione tecnica per la costruzione del nuovo ospedale di Mazara del Vallo.

Nicastrì entrerà in servizio dal 1 giugno 2023 e andrà a ricoprire un incarico di significativa importanza nell'ambito della dirigenza tecnico professionale amministrativa.

Il commento di Walter Messina, commissario straordinario degli Ospedali Riuniti

“Professionista di alto profilo e corposa esperienza che, pertanto, potrà conferire un costruttivo apporto ad un settore aziendale così strategico”.