



Rassegna Stampa 5 luglio 2023

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

Migranti, Meloni tenta Morawiecki Il Ppe apre a Fdl in chiave anti-verdi

La premier a Varsavia a caccia del consenso della Polonia dopo il vertice Ue. La tela dei popolari per garantire la rielezione di Von der Leyen alla guida della Commissione. A Berlino Cdu/Csu contro la proposta di Salvini di un centrodestra europeo

DALLA NOSTRA CORRISPONDENTE TONIA MASTROBUONI

BERLINO — Giorgia Meloni è a Varsavia oggi per rinsaldare i legami con un alleato storico come il premier polacco Mateusz Morawiecki, cui la lega la linea dura contro i migranti, il sostegno all'Ucraina e l'appartenenza alla stessa famiglia europea dei Conservatori. Ma la premier è anche reduce da un vertice Ue dove ha ostentato — proprio sull'immigrazione — un pragmatismo ben diverso rispetto ai polacchi di Diritto e giustizia, che continuano a mettersi di traverso per principio (e perché sono in campagna elettorale). E questa è una chiave per capire cosa sta agitando il Ppe e la presidente della Commissione, Ursula von der Leyen, entrambi alla disperata ricerca di una maggioranza con cui continuare a comandare in Europa anche dopo le elezioni del 2024. Mentre «escludiamo qualsiasi alleanza con i polacchi di Diritto e Giustizia, in rotta da anni con il resto d'Europa per le gravissime lesioni dello stato di diritto e nemici dei nostri alleati di Piattaforma civica», come ricorda una fonte autorevole del Ppe, «con Meloni il discorso è diverso».

Nei giorni scorsi, il parlamentare lussemburghese Christophe Hansense si è lamentato dell'omertà sulle future, eventuali liaison tra Ppe e Meloni: «Weber dovrebbe chiarire, finalmente, cosa intende quando parla di una collaborazione con Fdl. Perché nel Ppe la discussione non c'è mai stata». Ma è anche vero che la questione posta dall'esponente della Csu tedesca in vista delle Europee 2024 non è peregrina. Il Ppe uscirà ridimensionato dalla sfida elettorale e deve trovare il modo di restare al potere. E non si può indovinare il punto di caduta della discussione se non si tiene conto della corsa a ostacoli del suo partito, la Cdu/Csu, azionista di maggioranza del Ppe. I conservatori tedeschi affrontano nei prossimi 18 mesi una serie di appuntamenti elettorali insidiosi che rischiano di rendere più complicata la corsa di von der Leyen.

A Berlino la proposta di Matteo Salvini di un centrodestra europeo che includa Ppe, Le Pen e Afd è considerata una carnevalata. Il "cordone sanitario" della Cdu/Csu tedesca non è soltanto verso l'Afd, partito con pulsioni talmente antidemocratiche da essere finito da anni sotto osservazione dei servizi segreti. Il partito guidato da Friedrich Merz considera anche Le Pen un drappo rosso. E persino la Lega di Salvini, finché il leader sarà lui e non uno degli esponenti "pragmatici" ai quali i conservatori tedeschi hanno sempre guardato con interesse come Giancarlo Giorgetti o governatori e sindaci delle regioni del Nord.

Su Meloni, i giudizi sono più sfumati. E tra von der Leyen e Meloni è scattata «un'ottima sintonia», sostengono dalla Cdu. La premier italiana porterà in dote al Parlamento Ue un nutrito drappello di eurodeputati, tra i 20 e i 30, che potrebbero essere utili sia per garantire a von der Leyen il voto per la rielezione, sia per ampliare sporadicamente, in futuro, la maggioranza che uscirà dalle urne europee.

A nessuno del Ppe è sfuggito, infatti, il cambio di corso della Cdu tedesca. Il leader, Friedrich Merz, ha dichiarato i verdi il «principale avversario politico». Il capo dei conservatori tedeschi si è attirato le ire di una fetta del partito, contraria a scimmiettare l'ultradestra Afd, che ha sferrato da anni un attacco a quello che considera un nemico antropologico. Ma i picchi nei sondaggi dell'Afd, data tra il 17 e il 20%, costringono la Cdu/Csu a posizionarsi rispetto alle attuali scelte impopolari del governo Scholz che sono in parte ascrivibili alla spinta dei verdi.

La verità è che questo sentimento "anti-verdi" ha contagiato da un pezzo anche il Ppe. Che si sta opponendo al Green deal: la "Legge sul ripristino della natura" è stata clamorosamente bocciata anche grazie ai voti del Ppe. «Una proposta pessima», ha sentenziato la tedesca Christine Schneider. Tra i Popolari, l'esecutivo guidato da von der Leyen (ribattezzato da tempo "Commissione Timmermanns") è percepito insomma come troppo influenzato da socialisti e verdi.

Tuttavia la forza di von der Leyen nel suo stesso partito, la Cdu, è proprio nell'essere da sempre considerata un'outsider; «la premessa migliore per conquistare maggioranze ampie», commenta una fonte tedesca. Se la Cdu/Csu, però, affronterà le prossime sfide elettorali nei tre land dell'Est dove l'Afd oscilla tra il 20 e il 30% sfoderando il grimaldello contro i verdi, rischia, in teoria, di indebolire la sua Spitzenkandidatin. Lo sforzo, per il Ppe e per la stessa von der Leyen, dovrà dunque essere quello di

garantirsi maggioranze “creative” al Parlamento Ue che possano fare a meno dei verdi. Ecco perché i popolari guardano con interesse a Fdl, ai conservatori cechi, ma anche a quello che sta succedendo in Spagna, e in particolare a Vox. Che, com'è noto, fa già parte dei Conservatori europei, e non dei “paria” dell'Idv di Salvini e Le Pen.

Con Von Der Leyen Giorgia Meloni insieme alla presidente Ursula Von der Leyen

Intervista al ministro della Difesa

Crosetto

“Ursula-bis? Il rapporto è positivo Noi diversi da Le Pen strade divise da tempo”

DI TOMMASO CIRIACO

Ministro Guido Crosetto, proponete da mesi un'alleanza tra Popolari e Conservatori per la nuova Commissione. I sondaggi dicono altro: il blocco maggioritario sarà quello della “maggioranza Ursula”, dai socialisti ai popolari. Vi aggungerete a questo schema politico o ne resterete fuori?

«La fondazione stessa di Fratelli d'Italia dimostra che non fai vivere un progetto avendo la sicurezza di arrivare primi alle elezioni, ma perché credi che sia importante farlo. Ma partiamo dall'inizio: quella che ha eletto Ursula von der Leyen è stata una maggioranza tecnica, non politica. Nata per necessità, in vitro, ha messo insieme storie politiche diverse. Questa maggioranza si è sclerotizzata e ha creato uno strano meccanismo, probabilmente involontario: una maggioranza ibrida che non ha più bisogno dei voti dei cittadini ma che raccoglie il consenso in base a opzioni politiche molto diverse e poi lo trasferisce in un unico calderone autoreferenziale».

E quindi?

«Bisogna andare oltre quella maggioranza e superarla perché l'effetto che si è creato è un distacco tra l'Ue e i suoi cittadini e popoli. I governi tecnici, non votati da nessuno, molto spesso alimentano situazioni di conflittualità sociale. Il progetto di Meloni e il nostro ingresso nei Conservatori nasce con questo obiettivo: permettere un'alternanza tra visioni politiche diverse, alternanza che si è persa per strada con danni per tutti».

Ministro, nel 2019 si è trattato di un compromesso politico. E probabilmente ne servirà un altro nel 2024: insisto, siete disposti a ragionare di intese più larghe?

«Il nostro progetto parte per mettere insieme popolari e conservatori. È un'idea rivoluzionaria che obbligherebbe l'intero sistema politico europeo a una evoluzione positiva. Se poi non sarà possibile, se mancheranno i numeri, allora partendo da questa base ragioneremo di un allargamento. Ma è inutile farlo o cercarlo oggi. Se servirà, lo si farà. A bocce ferme».

Invece è assai utile. Serve a fare chiarezza. Ad esempio, è possibile per voi includere anche Marine Le Pen e gli estremisti tedeschi dell'Afd, come propone Salvini?

«Ad oggi il progetto comprende un'alleanza tra conservatori e popolari. E questo perché si tratta di un progetto politico chiaro. Abbiamo valori in comune e possiamo trasformarli in ricette politiche comuni. Io lo immagino come un percorso serio e tra forze politiche che trovano una loro armonia e un loro equilibrio ».

Per essere ancora più chiari: Identità e democrazia, il gruppo europeo di Salvini, ospita francesi e tedeschi su posizioni nostalgiche, islamofobe, anti immigrati. E sono ostili all'Ucraina e contrari all'invio di armi. Potete governare con loro?

«È ovvio che, su temi così importanti, ad esempio sulla guerra in Ucraina, serve unità e chiarezza. Sono scelte strategiche rilevanti e non si possono fare sconti a nessuno. Ma ritengo anche che la prossima Commissione Ue non corra rischi di eccessivi sbandamenti».

Li immagina fuori dall'alleanza?

«Noi apparteniamo ad un altro gruppo e siamo diversi, come è noto.

Ed è una scelta, la nostra, fatta tanti anni fa».

E invece Salvini potrebbe entrare nella maggioranza con conservatori e popolari?

«Ho sempre detto che la Lega è il partito che più mi ricorda la Csu tedesca».

Se lei apre a Salvini e sembra chiudere a Le Pen e Afd, cosa pensa un liberale come lei di Macron? È ostile a un'intesa post elettorale col gruppo del Presidente francese?

Lui è contrario a un patto con voi.

«Parto dall'idea di vincere con Popolari e Conservatori alleati e uniti. Le dico anche che i liberali in Europa non sono quelli italiani. Non tutti, almeno...».

C'è chi dice: i moti popolari indeboliranno Macron e questo sposterà l'Ue più a destra. È così?

«Quando tu fai finta di non vedere i problemi, oppure provi a nascondere la polvere sotto il tappeto, succede che alla fine i nodi esplodono con una violenza inusitata e uno Stato intero finisce in ginocchio. È una dinamica pericolosissima».

E con i socialisti? Non esistono sondaggi che li immaginino fuori dalla prossima maggioranza.

Potete superare il veto sul Pse?

«No. Sarebbe del tutto innaturale, per FdI. E sarebbe la negazione stessa della politica: non puoi allearti con chi ha programmi e idee totalmente diverse dalle tue».

Parliamo di Ursula von der Leyen, possibile candidato del Ppe nel 2024: avrebbe difficoltà a sostenere la sua rielezione?

«Con Ursula von der Leyer c'è un rapporto istituzionale corretto e positivo. Saranno poi i popolari a decidere chi sarà il loro candidato alla presidenza della Commissione nel loro congresso che si terrà tra qualche mese».

Disegniamo un altro scenario che va per la maggiore: Fratelli d'Italia, che governa in Italia, offre i propri voti alla "maggioranza Ursula", anche se una parte dei Conservatori restano fuori. È plausibile?

«Non credo, anzi: ad oggi tenderei a escluderlo, ma mi chiamo Crosetto e non Nostradamus...».

Un'intesa tra Popolari e Conservatori, porterebbe alla nascita di un partito unico tra FI e FdI prima del 2024?

«Secondo me i tre pilastri della coalizione italiana di governo devono restare in piedi, forti e vivaci, ognuno con la sua identità».

E dopo le Europee del 2024?

«Né prima, né dopo».

Parliamo dei nodi attuali. Sul Pnrr lei aveva detto: se non riusciamo a spendere, meglio rinunciare ad alcune risorse. È ancora così?

«Ho soltanto ricordato una banalità: non puoi prendere soldi se non hai la certezza di spenderli tutti perché poi devi restituirli. Non è un problema del nostro governo, ma di capacità del sistema di scaricare a terra le risorse. E di farlo in tempo. È il momento di fare una valutazione. E penso che dovrebbe farla anche il sistema produttivo».

Il Patto di stabilità è l'altro nodo: la Germania chiede regole ancora più rigide di quelle in discussione, che per voi sono già troppo rigide.

«Gli investimenti Pnrr rientrerebbero nel computo del Patto di stabilità, sballandolo. Sarebbe schizofrenico e contraddittorio. Alcuni investimenti vanno scomputati».

Non è ora di approvare il Mes, per agevolare questa trattativa?

«A me non dispiacerebbe l'idea di trasformarlo nel fondo sovrano europeo ma parlatene con Giorgetti».

Intanto la Bce potrebbe rialzare ancora i tassi. La preoccupa?

«Mi sembra, per paradosso, "normale": hanno scelto quella strada e su di essa si incaponiscono».

Di certo, bene non fanno. Nel momento in cui decidi di importare sempre meno dalla Cina, hai necessariamente creato un meccanismo inflattivo, però poi alzi i tassi! Manca del tutto un coordinamento tra Bce e Commissione».

Pensa che Draghi possa avere un ruolo nel 2024? Magari alla Nato?

«Credo che Draghi non ci pensi minimamente».

Infine: Santanché deve lasciare?

«No. Ha già spiegato le sue ragioni e oggi affronterà a viso aperto le opposizioni in Aula che ne chiedono le dimissioni in modo strumentale».

f

Nell'Ue vogliamo vincere con l'alleanza Ppe-Conservatori

Se non succede siamo disposti ad allargare

Salvini e l'Afd? Più simile alla Csu. No a intese col Pse, altro sono i liberali. Nessun partito unico con FI

g

Alla Difesa il ministro della Difesa, Guido Crosetto, esponente di Fdi

OGGI IN SENATO

Santanchè in aula, maggioranza con lei la difesa concordata con la premier

DI ANTONIO FRASCHILLA

ROMA — La ministra del Turismo Daniela Santanchè ha parlato a lungo con i suoi avvocati e anche con il presidente del Senato Ignazio La Russa, che nelle polemiche che riguardano le sue società è stato pure sfiorato.

Oggi i lavori d'aula a Palazzo Madama alle 15 prevedono, come ordine del giorno, le comunicazioni della ministra sulle sue vicende imprenditoriali e le sue società finite sotto indagine della procura di Milano e sulle quali pende una istanza fallimentare, oltre che un procedimento civile aperto dai piccoli azionisti.

La linea concordata con gli avvocati è stata comunicata a La Russa, che ha sempre detto di non aver avuto mai incarichi formali come avvocato di Visibilia, una delle società di Santanchè finite nell'occhio del ciclone, anche se ha mandato diffide per conto di questa azienda. Ma è stata comunicata anche alla presidente del Consiglio Giorgia Meloni, che non sarà presente in aula perché impegnata a Varsavia.

La linea è semplice: in aula al Senato Santanchè non entrerà nel merito delle contestazioni dei periti della procura sui bilanci non corretti in Visibilia, che però nel frattempo dava prestiti ad altre società di Santanchè; non parlerà di Tfr non pagati a dipendenti della Ki Group o dei fondi che hanno immesso denaro nelle sue aziende e ridotto al lumicino il valore delle azioni. E, ancora, dei debiti con il Fisco e con Invitalia incassati per l'emergenza Covid e non restituiti. Non parlerà nemmeno della dipendente messa in cassa integrazione Covid che avrebbe continuato a lavorare per Visibilia. Non entrerà nel merito di tutto questo, anche perché a oggi non è stata ascoltata dalla procura e non può anticipare risposte che deve dare in altra sede. La sua difesa sarà politica: dirà che "non era amministratrice di queste società da tempo" e parlerà, e molto invece, della difficoltà di fare l'imprenditore, dei rischi che si corrono e di come lei stia ancora mettendo soldi per evitare il fallimento di queste aziende. Che la sua condotta è stata "trasparente" e non ha nulla da nascondere.

Meloni in persona le ha chiesto di essere sintetica e precisa. Perché nel frattempo in un vorticoso giro di telefonate la stessa Meloni ha chiesto al leader della Lega Matteo Salvini e al coordinatore di Forza Italia Antonio Tajani di evitare problemi: «Ne riparlamo dopo l'estate se e quando ci saranno novità giudiziarie», è il messaggio inviato, e recepito, dagli alleati.

«Ho subito sulla mia pelle inchieste durate anni e basate sul nulla», dice adesso Salvini, che in un primo momento aveva mandato i suoi avanti per chiedere che la ministra riferisse in aula sulle vicende delle sue aziende. Poi ha abbassato i toni e si sussurra anche di una mediazione avviata da Santanchè tramite Denis Verdini: amico della ministra e padre dell'accompagnata di Salvini.

Insomma, la maggioranza farà quadrato attorno alla ministra: senza troppa enfasi, ma lo farà.

E l'opposizione? Ha chiesto di intervenire per Azione Carlo Calenda. Matteo Renzi non parlerà in aula, lo farà per Italia Viva Enrico Borghi. Il messaggio inviato ai suoi dal l'ex premier è prudenza e nessun intervento a caldo. «Vediamo se Meloni la regge - dicono da Iv - questo è il nostro tema. Noi garantisti la ascoltiamo. Per Renzi o Boschi, Meloni ha chiesto le dimissioni per molto meno». Visibilia tra l'altro raccoglie pubblicità per Il Riformista, giornale che dirige lo stesso Renzi.

La segretaria dei dem Elly Schlein ha ribadito che «in situazioni meno gravi» ministri si sarebbero dimessi. Ma i dem ascolteranno e poi decideranno se presentare una mozione di sfiducia insieme al Movimento 5 stelle di Giuseppe Conte, che è sulla stessa linea: «Prima ascoltiamo», ha detto ai suoi.

©RIPRODUZIONERISERVATA

La responsabile del

Turismo, su consiglio dei suoi avvocati e di La

Russa, non entrerà nel merito delle singole vicende oggetto delle indagini

Presidente del Senato Ignazio La Russa è stato avvocato di Santanchè

Il caso

Quella villa hollywoodiana nel centro di Milano crocevia di affari e politica

DI PAOLO BERIZZI

MILANO — L'ultima prova plastica che la sobrietà non è in testa alle caratteristiche della casa è stato il video postato dalla proprietaria a Natale 2020: la cena della vigilia, gli ospiti e l'ormai famoso centrotavola ipertrofico – un'autentica passione per la signora Daniela Garnero Santanchè. Di ingombro e impatto notevoli (“edificato col superbonus natalizio”, “Sembra Casa-Monica style”, si scatenò il web). Intorno alla tavola sontuosamente imbandita, lei, l'attuale ministra del Turismo, il compagno presunto principe Dimitri Miesko Leopoldo Kunz d'Asburgo più volte diffidato legalmente dalla Casa d'Austria per l'utilizzo improprio della chilometrica firma, Canio Giovanni Mazzaro, che di DS è l'ex marito, e parenti e amici, compresa “la nonnetta con l'albero di Natale in testa”. Un trionfo di meravigliosa pacchianeria incorniciato – è tutto nel video postato dalla Pitonessa (copyright Dagospia) - dalla chiosa di lei, ovvero: «Ma pensiamo anche a quelli che tutto questo non ce l'hanno...». Casa Santanchè non è (solo) un titolo né una suggestione: è una villa stile art Déco in centro a Milano, 642 mq su quattro livelli, dal sotterraneo al piano mansardato. Piscina, bagno turco, marmi, quadri, lampadari in un mix – almeno nelle intenzioni di chi la abita – tra sfarzo borghese eshabby chic. In zona corso Vercelli – siamo in una laterale appena defilata – la dimora è chiamata dagli abitanti “casa delle lucine” e “dei macchinoni col lampeggiante”. Non c'è da spiegare. O forse sì. Le lucine sono le cascate di led che l'ormai ex lady Twiga fa scivolare da terrazzi e balconi per esaltare piante e fiori come in un'aspirante Versailles meneghina. Anchelontano dalle festività natalizie. Quanto ai lampeggianti, beh, la maggior concentrazione si impose a maggio 2016: Santanchè, allora ancora amazzone berlusconiana, convocò la solita ciurma di imprenditori, amici e politici. C'era anche Giorgia Meloni. Ufficialmente una cena per raccogliere fondi per la corsa a sindaco di Roma di Alfio Marchini; in realtà un pulpito privato per lanciare un messaggio galeotto: «Resto in Forza Italia, ma voterei Meloni». Chi negli anni ha frequentato la lussuosa palazzina da 6 milioni di euro che la ministra ha dovuto vincolare per garantire i debitori di Visibilia srl, racconta di cene e feste che ruotano intorno all'inner circle santancheiano. Nomi di punta: il padrino politico Ignazio La Russa e l'ex socio, e amico disempra e conterraneo cuneese, Flavio Briatore. Rumorosamente uscite dal giro le un tempo intimissime Paola Ferrari e Patrizia D'Asburgo. Con quest'ultima si sono scambiate i compagni in una roulette che è stata al centro del gossip da circonvallazione esterna. Ma torniamo alla villa. Santanchè la acquista nel 2004 dagli eredi di Giuseppe Poggi Longostrevi, il re delle cliniche milanesi coinvolto in Tangentopoli e che in seguito allo scandalo si tolse la vita proprio in quella casa. Prezzo di vendita: 1,2 milioni. Dopo la possente opera di ristrutturazione, ne vale quasi sei volte tanto (fa fede la perizia allegata all'atto notarile del 29 maggio 2023 che dispone il vincolo sulla casa). Da ristrutturare, adesso, ci sono i debiti. Come in tutte le storie dove le lucine sul villaggio incantato diventano fioche fino quasi a spegnersi, fa effetto rivedere adesso i servizi dedicati a casa Santanchè da alcune riviste di arredamento. Ancor di più i video che ritraggono la padrona riposare le stanche membra addentando uno spaghetti sul lettone della stanza gialla o sulla poltrona nel salotto rosa. Alle pareti, decine di foto incorniciate. DS insieme a tutti i personaggi “del reame”.

©RIPRODUZIONERISERVATA

La ministra ha vincolato la sua dimora principesca per salvare

Visibilia dal fallimento

Una “Versailles” meneghinaL'immobile di lusso di Santanchè misura 642 metri quadrati con piscina interna e vale oltre sei milioni di euro

IL CASO

Schlein da Ventotene “Europa, salari e sanità noi siamo l’alternativa”

La leader dem riunisce la segreteria nell’isola che fu la culla del sogno federalista. Opposizioni unite per la soglia dei 9 euro, c’è la proposta

DALLA NOSTRA INVIATA GIOVANNA VITALE

VENTOTENE — Mentre Giorgia Meloni si prepara a volare in Polonia per presiedere il summit dei conservatori europei che a Bruxelles hanno affossato il patto sui migranti proposto dall’Italia, Elly Schlein sbarca a Ventotene — nella culla del sogno federalista, là dove tutto è iniziato — per «svelare le bugie del governo» e «il fallimento dell’internazionale nazionalista». Ai quali opporre la lezione dei padri dell’Europa unita, che «scelsero di rispondere alla guerra e all’odio con un’utopia».

Prosecuzione ideale di quella sfida a distanza ingaggiata dalla leader del Pd con la presidente del Consiglio che è anche la signora dei sovranisti continentali. Decisa a dimostrare, riunendo l’intera segreteria nel luogo in cui Mussolini confinò gli oppositori politici, come sia proprio la prima premier post-fascista della storia repubblicana la vera nemica degli interessi tricolori. Traditi dai suoi stessi alleati, da Morawiecki a Orbàn, e da lei tutelati solo a parole: «Parole al vento », simili all’onomatopea che dà il nome a questo lembo di terra sperso nel Tirreno.

La verità, per Schlein, è che Meloni e soci vogliono distruggere il progetto dell’Unione nato qui da un’intuizione di Altiero Spinelli, inumato nel piccolo cimitero dell’isola che lo vide internato: prima tappa del pellegrinaggio laico sulle orme dei fondatori. La prova fornita non solo dalle continue spallate alle istituzioni comunitarie, ma anche dall’ostilità contro tutti i meccanismi solidaristici a sostegno dei cittadini, specie ipiù deboli e meno garantiti. Come spiegare altrimenti il no al salario minimo, previsto da una direttiva europea, sul quale i partiti di minoranza (eccetto Renzi) hanno finalmente trovato un accordo? Quando, durante la segreteria, Cecilia Guerra comunica in chat che alla Camera è stata depositata la proposta di legge per introdurre la soglia dei 9 euro l’ora sotto la quale nessun lavoratore può essere pagato, in sala scatta l’applauso. E Schlein si scioglie in un sorriso: «Sui temi che mettono al centro le persone i loro bisogni le opposizioni ci sono e sono unite, al contrario della maggioranza che è divisa su tutto». Il primo passo di una convergenza, lei ne è convinta, da allargare anche ad altri temi: «Sanità pubblica, lotta alle disuguaglianze, contrasto all’autonomia differenziata ». Certo, è ancora prematuro parlare di coalizione, la segretaria lo sa bene. Ma «se in Germania hanno riunito socialisti, liberali e verdi, perché non possiamo farlo pure noi un governo di alternativa alla destra?».

Eccola la carta per lanciare la corsa alle prossime Europee: la contrapposizione a una compagine sovranista che «sta insieme solo per il potere e, a furia di litigi, paralizza l’Italia ». A un esecutivo «lento, campione di rinvii e scaricabarile, guardate cos’hanno combinato sul Mes», rincara la leader dem. A patto, naturalmente, di condividere alcuni punti fermi: innanzitutto una certa idea di Europa. «L’Europa dei popoli opposta a quella dei veti nazionali che ha in testa Meloni. I suoi amici ungheresi e polacchi se ne sono serviti per negare la solidarietà sull’accoglienza dei migranti ai danni dell’Italia. E invece che battersi la premier cosa fa? Gli dà ragione», tuona la segretaria. «Fosse stato per loro, non avremmo neanche il Next Generation Eu», insiste. «Allora mi chiedo: quando si dovrà discutere se renderlo strutturale e i suoi alleati del Nord diranno no, lei li accontenterà di nuovo?». Preoccupata, anche, per «i ritardi di una maggioranza incapace che sul Pnrr rischia di farci perdere un’occasione unica», avverte. Lasciandosi poi andare a una previsione: «È dura che durino perché non danno risposte su nulla».

La gita stile Ferie d’agosto , il film di Virzì che a Ventotene ha appena terminato di girare il sequel, è finita. C’è giusto il tempo per inaugurare il primo circolo del Pd sull’isola intitolato a Ursula Hirschmann, la moglie di Eugenio Colorni che riuscì a portar fuori il manoscritto del Manifesto per un’Europa unita. Sta in una libreria che si chiama “Ultima spiaggia”, quasi un presagio per il Pd. «Se mi sento messa in discussione dal mio gruppo dirigente? No, il pluralismo è un valore», dice mentre la nave sta mollando gli ormeggi. Lei, al contrario di un provatissimo Igor Taruffi, non soffre il mare: «Alle navigazioni difficili», ride, «sono abituata».

©RIPRODUZIONERISERVATA

“La maggioranza sta insieme solo per il potere. A furia di litigi paralizza l’Italia”

Il selfieSopra il selfie della segreteria dem riunita ieri a Ventotene. A sinistra l'omaggio di Schlein alla tomba di Altiero Spinelli

Notarstefano

“Lo Stato aiuti a rendere il lavoro dignitoso Il mercato da solo non ce la fa”

Intervista al presidente dell’Azione cattolica

di Iacopo Scaramuzzi «Il salario minimo è una misura che risponde alla grande questione sociale della crescita dei lavoratori poveri». Parola di Giuseppe Notarstefano, presidente nazionale di Azione cattolica, economista siciliano. «Le statistiche sono allarmanti, c’è una evidenza empirica che ci dice che c’è una difficoltà nella capacità regolativa del mercato a distribuire ai lavoratori parte del valore aggiunto».

La contrattazione non basta?

«Dai meccanismi di contrattazione sono esclusi moltissimi lavoratori, pensiamo ai settori dell’agricoltura e dei servizi alla persona. Il salario minimo non sostituisce la contrattazione ma affronta la questione che in altri settori produttivi viene efficacemente affrontata dalla negoziazione».

Nelle mense della Caritas negli ultimi anni sono aumentati i poveri e si sono presentati “nuovi poveri”, immigrati ma anche italiani: qual è la ricetta della Chiesa?

«È una evidenza che si è aggravata negli ultimi anni, in particolare dopo la pandemia, ma i rapporti della Caritas da molti anni documentano la crescita dei working poor, l’allargamento della vulnerabilità sociale che porta alla povertà. La Chiesa è in prima linea nell’emergenza, la Caritas ma anche il mondo delle parrocchie. Ma c’è anche un cambio di passo che papa Francesco col suo magistero ci ha aiutato a fare, ossia l’esigenza di cambiare il paradigma relativo al modello di sviluppo. Bisogna rimettere il lavoro al centro dell’attenzione. Gli economisti, ma anche la dottrina sociale della Chiesa, usano la categoria del decent work, il lavoro dignitoso».

Un salario minimo non rischia di erodere il principio di sussidiarietà e spingere al lavoro nero?

«Questa era la nostra obiezione al reddito di cittadinanza. Altro è il reddito di inclusione sociale (Reis) che avevamo proposto come associazioni del terzo settore. Alla luce del pensiero sociale della Chiesa pensiamo che occorrerebbe valorizzare un modello di welfare più circolare, più sussidiario, dove lo Stato deve intervenire per rispondere quando la povertà si fa grave, senza per questo escludere gli altri attori sociali. Si tratta di mettere insieme il meglio di quello che lo Stato può fare, di quello che la società può fare, e di quello che il mercato sa e può fare».

Un salario minimo può aiutare, oltre al singolo, anche le famiglie, al cuore delle preoccupazioni del magistero?

«Sì, penso all’impatto dell’attuale incremento dei prezzi per le famiglie, alla difficoltà a mantenere uno stile di vita dignitoso. Credo che soprattutto dove c’è una unica fonte di reddito una misura come questa rappresenterebbe un sostegno importante, in particolare in alcune aree del paese».

Il Sud è da sempre una preoccupazione del cattolicesimo italiano: cosa direbbe oggi un suo predecessore alla guida di Azione cattolica, il salentino Aldo Moro?

«Rispondo con un documento della Conferenza episcopale italiana di alcune decine di anni fa: questo paese si salverà solo se lo farà insieme. Il problema del sud non è solo di ordine redistributivo, occorre attivare un modello di sviluppo capace di creare occupazione, un’economia più resiliente. Come indica la tradizione del meridionalismo italiano, investire nel sud significa investire nelle persone. Le persone non sono solo numeri: tenere presenti i loro volti credo possa aiutare a realizzare quella concretezza che spesso viene invocata. E il salario minimo è un fattore che rimette a tema l’esigenza di immaginare l’economia a servizio delle persone».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Il salario minimo può essere una risposta

Anche il Papa crede che serva cambiare il modello di sviluppo

g

Economista

Giuseppe Nortarstefano Azione cattolica

IL RAPPORTO CNEL

Dagli anziani alla scuola l'Italia dei servizi è sempre più indietro

La spesa sociale cresce in modo diseguale: meno risorse in settori cruciali Restano abissali i divari Nord-Sud. Migliora la competenza digitale

DI ROSARIA AMATO

ROMA — Un terzo dei bambini tra zero a due anni in Italia ha un posto all'asilo nido. L'obiettivo fissato dal Consiglio europeo di Barcellona del 2002 è stato raggiunto prima ancora che vengano costruiti tutti gli asili nido previsti dal Pnrr, alcuni dei quali in bilico perché i Comuni non sono riusciti ad affidare i lavori alle ditte entro la scadenza del 30 giugno. Ma è un successo a metà: i posti nei nidi sono cresciuti, e un buon contributo di oltre il 5% è arrivato dagli anticipi della scuola dell'infanzia, e tuttavia la vera ragione che ci ha permesso di raggiungere l'obiettivo Ue, spiega la Relazione Cnel sui servizi pubblici 2022, è «il costante calo delle nascite». Rimaniamo comunque più in basso della media di copertura europea, che nel frattempo, mentre noi raggiungevamo faticosamente il 33%, è arrivata al 36,6%. Soprattutto, ci sono enormi differenze territoriali, con tassi che vanno dal 44% dell'Umbria e dal 40,7% dell'Emilia Romagna alla Campania e alla Calabria, che non raggiungono il 12%. Sono le luci e ombre del Rapporto Cnel, che racconta di un'Italia che fa passi in avanti nei servizi pubblici, con un balzo della digitalizzazione anche grazie alla spinta della pandemia, ma non riesce a superare i fortissimi divari territoriali, e neanche ad affrontare le nuove sfide, a cominciare da quella dell'invecchiamento della popolazione, con la richiesta di servizi territoriali sempre più capillari e specializzati.

Gli anziani: pochi servizi

Tra il 2021 e il 2022 c'è stato un incremento del 2% della spesa per i servizi sociali dei Comuni in Italia, che ha raggiunto la cifra record di 9,7 miliardi (anche se c'è un abisso tra i 583 euro pro capite della provincia di Bolzano, i 239 del Sud Sardegna e soprattutto i 6 di Vibo Valentia). Ma quella per gli anziani è l'eccezione negativa: è l'unico target di utenza che ha registrato una diminuzione di spesa sia in termini reali che nominali in 13 regioni. A ridursi soprattutto l'assistenza domiciliare (-5,8%). Al contrario, aumenta la spesa per i disabili, le famiglie e i minori. Ma anche in questo caso i livelli di spesa non sono omogenei: la spesa per i disabili diminuisce in Calabria, Veneto, Basilicata e Valle d'Aosta.

Un grosso impulso all'assistenza domiciliare e territoriale agli anziani non autosufficienti dovrebbe arrivare, ricorda il Cnel, dalla riforma appena approvata nell'ambito del Pnrr. Al momento i divari di spesa e di assistenza non potrebbero essere maggiori: si va da una spesa per singolo over 60 di 5 euro (Vibo Valentia) ad un massimo di 1.132 euro (Bolzano). E anche il confronto con gli altri Paesi è impietoso: hanno accesso all'assistenza domiciliare 61 anziani ogni 1000 abitanti, mentre in Olanda, Spagna, Svezia e Germania si va da un minimo di 80 fino a 120 ogni mille abitanti.

Sanità in disarmo

Il finanziamento pubblico alla Sanità è sceso nel 2022 intorno al 6% del Pil, dopo i picchi del 7,4% e 7,3% registrati nei due anni precedenti per via della pandemia. Nei Paesi del Nord Europa la media è di circa l'8-9%. In più, in Italia c'è l'aggravante dei divari territoriali: dai 2.250 euro pro capite dell'Emilia Romagna ai 1.950 della Calabria. Continua a diminuire il personale: ci sono 15 mila medici specialistici in meno rispetto al 2015, 5.000 di medicina generale in meno dal 2016, e mancano tra i 50 mila e i 70 mila infermieri. Un problema che è un aspetto del calo generale dei dipendenti pubblici (-19% per le amministrazioni comunali tra il 2011 e il 2020). E che adesso la Funzione Pubblica sta provando ad affrontare con nuovi concorsi, che per ora non riescono neanche a garantire il ricambio.

Trasformazione digitale

Il digitale dà qualche soddisfazione, perché l'Italia guadagna due postazioni nell'indice Desi, passando dal 20° al 18° posto. Lo Spid registra un incremento del 24%, la carta d'identità elettronica del 26%, finalmente i fascicoli sanitari elettronici funzionano da Nord a Sud (57 milioni attivi). Bene anche le fatture elettroniche, che contribuiscono a ridurre l'evasione tributaria. Ma siamo ancora in basso nella classifica Ue, e soprattutto le competenze digitali nella Pa scarseggiano: vanno male sia la formazione che l'assunzione di personale specializzato.

Arranca l'istruzione

La pandemia e la didattica a distanza hanno lasciato profonde cicatrici nel nostro sistema scolastico, soprattutto nell'istruzione secondaria. Dopo 13 anni di scuola, solo il 52% degli studenti ha le competenze richieste in italiano, contro il 64% pre-pandemia. E negli istituti professionali ci si ferma al 17%, mentre nel 2019 ci si attestava al 28%. In alcuni professionali del Mezzogiorno arriva al 98% la quota degli studenti carenti in inglese.

©RIPRODUZIONERISERVATA

La pandemia lascia cicatrici sulla scuola Solo il 52% ha le competenze richieste

Il caso

Meme razzisti, logistica e armi tra le brigate di ultradestra che si organizzano su Telegram

Viaggio nei canali neri dove i nazionalisti fanno rete contro immigrati e militanti di sinistra

DALLA NOSTRA INVIATA BENEDETTA PERILLI

PARIGI — Un cartello con la scritta

Wanted, ricercato, e sotto il volto sorridente di Nahel. La taglia è di un milione di euro e chi lo pubblica scrive «Missione compiuta». Circolava ieri nei canali Telegram di ultradestra, alludendo al raggiungimento della raccolta fondi per il poliziotto che ha sparato al 17enne di oltre un milione di euro. Cifra impressionante che a molti francesi suona come una pericolosa anteprima dei sondaggi che verranno.

*In questi giorni in Francia c'è molta Marine Le Pen nell'aria, ci sono le ronde nazifasciste che si sono viste in varie città negli ultimi giorni di scontri — ora la guerriglia è scemata — e ci sono i miliziani anti-casseur apparsi a Lorient, in Bretagna, al fianco della polizia che spiegano: «Non vi possiamo dire chi siamo ma siamo dal lato dei buoni». Ma soprattutto, nell'ombra dei canali Telegram, ci sono decine di utenti dai soprannomi inequivocabili — *El nationaliste*, *Gallicum lupus*, *Rat noir*, *Soldat de France* — che si organizzano per combattere quella che definiscono*

racaille, feccia.

Questa feccia per loro è composta da stranieri, immigrati, in particolare maghrebini, governo, *gauchos* (borghesi di sinistra), ebrei, comunità *Lgbt+*. Le sfumature di nero della Francia si muovono su più livelli e su più fronti, in Aula, in strada e online, e per avere un'idea della loro grammatica basta entrare in alcuni di questi canali Telegram con utenti sempre in cerca di tecnologie più sicure. Nell'ultimo appello a tutti i nazionalisti si chiede di prediligere la app di messaggia privata *Session* che «garantisce maggiore anonimato».

Fr Deter Discussion è nato sulle ceneri di *Fr Deter*, francesi determinati, un canale che era riuscito a riunire oltre 7mila iscritti prima di venire chiuso lo scorso aprile su impulso del ministero dell'Interno. Allora fonti della polizia ne parlarono come di una delle anime di una nebulosa di gruppi estremisti sorvegliati già dal 2022, dei quali alcuni già noti ai servizi segreti. Gruppi creati per favorire «lo scambio di idee sull'identità e per consentire ai sostenitori di queste ideologie di incontrarsi nelle varie regioni».

E questo è lo spirito che si percepisce anche nella sua nuova versione: ovvero una rete operativa per l'intervento e la formazione di nuove leve dove mappare e comunicare con i gruppi nazionalisti. Qui si segnalano persone di interesse — dal figlio di un diplomatico del Mali arrestato durante gli ultimi scontri a Marsiglia al giornalista infiltrato — si condividono gli orari e i luoghi di manifestazioni di sinistra dove andare ad agire o a prendere nomi e indirizzi dei partecipanti utilizzando anche le segnalazioni del servizio *Balance ton gauchiste* (denuncia il tuo sinistroido, che gioca sull'hashtah *#balancetonporc*, utilizzato nel periodo *MeToo* per segnalare gli abusi). Quasi mostrano le armi possedute o le foto di gruppo a volto coperto (come nel caso della Brigata Paesi della Loira) e si chiedono informazioni di vario genere. Da quelle su che tipo di bandiera con la croce celtica comprare — è meglio quella a sfondo nero o tricolore (vince il tricolore) — alla presenza di gruppi nazionalisti nella regione dell'*Auvergne-Rhône-Alpes* (subito rispondono che ce ne è uno a Grenoble). O semplicemente ci si bea per la moschea vandalizzata con insulti razzisti e fette di salame ad Auch.

Ci sono poi altri gruppi più o meno estremi — da *Ffi aCanal Nation* — basati sullo scambio di meme xenofobi, come quello su Nahel ricercato. Appare su *Hitlerisme&Jovialité*, dove c'è anche chi chiede dove comprare un copricollo con il teschio *Totenkopf* (caro all'immaginario nazista) e riceve subito il link per l'acquisto su Amazon (due costano 6 euro). Non mancano le barzellette razziste. Un utente scrive: «C'è un tedesco che gioca al gratta e vinci da un milione ma guadagna 100 euro. Subito dopo una tempesta su Berlino fa 100 morti. Poi c'è italiano che gioca e vince 3mila euro, subito dopo a Roma un terremoto fa 3mila morti. Infine c'è un arabo che entra in un tabaccaio e tutti gridano «un milione, un milione».

©RIPRODUZIONERISERVATA

Ironia xenofobaManifestanti paragonati a scimmie

La storia

“Alexa, chiama l’infermiera” Nella casa di riposo hi-tech più tempo per stare bene

DALLA NOSTRA INVIATA BRUNELLA GIOVARA

VOLANO (TRENTO) — Qua nessuno lava i pavimenti, perché ci sono cose più importanti da fare. Ad esempio, organizzare il tè del pomeriggio, e anche la partita a carte. Parlare con gli ospiti, che saranno pure anziani e/o malati, ma gradiscono sempre la compagnia, la chiacchiera che fa passare il tempo lungo della casa di riposo. Questa poi, è parecchio speciale e pure intelligente, a partire dal pulitore di pavimenti che è un “cobot” (“collaborative robot”), che avanza deciso lungo i corridoi e lava e forse incera quattromila metri quadri di superfici, annusa gli ostacoli e li evita, essendo dotato di sensori e telecamere, e fa il suo mestiere avanti e indietro, forse giorno e notte.

Non è l'unica dotazione hi-tech della rsa di Volano, l'Opera Romani, struttura pubblica da 90 posti della Provincia di Trento, così all'avanguardia «che non ce ne sono altre al nostro livello, in tutta l'Italia». Il direttore generale Livio Dal Bosco lo sa perché adesso molti vogliono visitare la sua rsa 4.0, e molti sono gruppi privati, che queste cose da clinica svizzera non le hanno ancora. Eppure, ce l'ha una Apsp, azienda pubblica di servizio alla persona, che ci ha investito 500mila euro «di risparmi nostri, sia chiaro», per «portare queste realtà nel futuro», che è già adesso, basta guardare la cartella clinica elettronica, a cui arrivano i dati del monitoraggio dei parametri vitali in tempo reale. Basta dotare il paziente di un elegante orologio nero, che registra la temperatura corporea, la pressione, il battito, l'ossigenazione del sangue, la frequenza del respiro eccetera, e li trasmette al computer e quindi al medico e alle infermiere. Volendo — ma bisogna chiederglielo — può anche eseguire un elettrocardiogramma. Tutto sotto controllo, tutto registrato. «Così si libera il tempo del personale. Meno pavimenti da lavare, più ore con gli ospiti. Perché il modello novecentesco della casa di riposo è ormai superato. La fabbrica di una volta, con la catena di montaggio... Ha presente?». Cioè, l'infermiere stressato che due volte al giorno passa da ciascun paziente e prende la temperatura, la pressione, il battito e tutto il resto, e poi li registra a mano sul computer.

La tecnologia aiuta, altroché. Il Cdss (Clinical decision support system), aiuta i medici a non sbagliare: «Se stai prescrivendo un farmaco, ma magari lo hai già prescritto e non te lo ricordi, il sistema ti avverte. Poi, la decisione è sempre tua, ma il sistema ti segnala un'anomalia, ecco». Giuseppe Pompilio, uno dei medici della struttura: «Queste innovazioni forniscono una visione più precisa e attuale di ciascun paziente. Nell'anziano, i cambiamenti sono così rapidi che talvolta non si ha neanche il tempo di intervenire. Una febbre è sempre un segnale importante, e prima si interviene, meglio è». Ma bisogna saperlo subito, e se si interviene subito «si guarisce prima, e si riducono i tempi della terapia». Intanto, la signora Manuela Malfatti mostra di aver imparato a usare Alexa, versione rsa: «Chiama mio figlio», «metti su un po' di musica», e — fondamentale — «chiama l'infermiera», che in caso di urgenza viene molto utile, invece di suonare il campanello o di sgolarsi. «Io ci vado d'accordo, con Alexa. Chiedo, e lei fa. Devo ancora imparare a fare la videochiamata con un'amica che sta in una stanza lontana, prima o poi ci riuscirò». Se uscisse dalla sua camera, porterebbe appeso al collo un sensore che la geolocalizza, quindi se si perde — e talvolta succede, nelle case di riposo — e se per caso trovasse il cancello aperto e si ritrovasse sulla statale che porta a Trento, beh, la troverebbero subito.

Ci sono anche altre modernità, all'Opera Romani, e presto saranno anche nella sede principale di Nomi, e pure nella rsa Valle dei Laghi di Cavedine. Tipo, la salubrità dell'aria. Un sistema assai intelligente ne monitora la qualità, e nel caso di eccesso di CO₂, ne immette di pulita. È una lezione imparata durante la pandemia, dove l'Opera Romani ebbe un ruolo rivoluzionario, riaprendo le sue strutture (era l'8 marzo 2021) con un protocollo che prevedeva le visite in presenza, pochi accorgimenti ma la presenza fisica dei parenti, e zero contagi.

E quanto costa, vivere qui? A domanda risponde la presidente Francesca Parolari: «A carico delle famiglie, 46,50 euro al giorno. La Provincia ne aggiunge 75, pagando la parte sanitaria». E «bisogna investire sulla qualità, fare meglio con le stesse risorse, ma insistendo sulla ricerca e sviluppo. Se non faremo così, con una popolazione che invecchia, saremo sopraffatti dalla complessità assistenziale, a scapito delle risorse da destinare alle giovani famiglie». Ma tutta questa tecnologia, non sarà che volete far fuori un po' di personale? Qui risponde Dal Bosco: «C'è la fuga dalle rsa, così come da tutte le professioni sanitarie. A breve nella provincia di Trento se ne andranno 75 infermieri, che non verranno rimpiazzati perché non ci sono rimpiazzati, semplicemente. È un mestiere faticoso, pesante, di responsabilità. Pochi vogliono ancora farlo».

E anche da qui si fugge? No. Il nuovo modello tecnologico e quello di gestione del personale fanno sì che i dipendenti non vogliano andarsene, anzi. Furio Veneri, oss di 46 anni: «Da un anno abbiamo un'organizzazione più fluida, meno militare. Ci autogestiamo i turni, e anche il lavoro. Siamo più responsabilizzati, possiamo decidere molte cose. Ad esempio: prima c'erano orari fissi per alzare le persone. Alle 8, tutti in piedi. E il bagno? A giorni fissi. Ma se uno quel giorno non se la sente? E se uno vuole dormire un po' di più, la mattina?». Adesso si può, «andiamo dietro ai desideri degli ospiti, il clima è migliore, più sereno per noi e quindi anche per loro».

Per la cronaca, l'aumento della produttività è del 26 per cento, spiega Dal Bosco. Il calo dell'assenteismo è del 37 per cento, e «adesso siamo al 5 per cento. Significa che risparmiamo sul personale da sostituire, ad esempio. Nel resto del Trentino è del 15...», nel resto d'Italia è spaventoso.

©RIPRODUZIONERISERVATA

Posti e costi giornalieriL'Opera Romani di Volano è una rsa pubblica che ospita 90 persone. La retta a carico delle famiglie è di 46,50 euro al giorno, i restanti 77 euro ce li mette la Provincia di Trento

Il kit tecnologicoIl personal computer, l'orologio che rileva le funzioni cardiache dell'ospite e il sensore da portare al collo o al polso per geolocalizzare le persone. Sotto, l'assistente intelligente Alexa. A sinistra, la piccola sala cinematografica

Verso un nuovo regolamento Ue

Per intelligenze artificiali e giuste

DI ROBERTO BALDONI

L'AI Act è la prima regolamentazione dell'Intelligenza Artificiale (IA), in tutte le sue differenti tecniche, fatta da un importante player come l'Unione Europea il cui percorso inizia nel 2019 e si concluderà prima della fine dell'anno.

L'AI Act è un passo importante e necessario verso l'emersione e la regolamentazione di software di IA in uso da decenni presso aziende e amministrazioni pubbliche.

Questo ci permetterà di minimizzare il rischio di inserire pregiudizi e discriminazioni in queste IA controllando accuratamente i dati di allenamento, di mettere in guardia gli utenti quando si interagisce direttamente con un programma di intelligenza artificiale, di essere in presenza di contenuto generato da questi programmi oltre ad avere un database che traccia tutte queste applicazioni.

Parallelamente, l'IA legata alle reti neurali complesse segna una svolta epocale verso la fine del 2022 con il lancio della nuova versione di OpenAI ChatGPT, un sistema di IA generativa ordini di grandezza più complessa dei precedenti sistemi. ChatGPT è un primo esempio di superIA, allenata con tutti i dati pubblicati on-line fino al 2021, i cui risultati hanno sbalordito tutti gli addetti ai lavori. ChatGPT spesso, non sempre, dà risposte di alta qualità rispetto ad una domanda formulata da un umano. Tuttavia la scala di questi sistemi, amplifica anche i rischi legati al fatto che la strategia con cui queste superIA raggiungono l'obiettivo (la risposta nel caso di ChatGPT) è oscura e alcune risposte potrebbero includere contenuti pericolosi per la società, tema che avevo affrontato in un recente articolo. Quindi l'interazione di un utente con una superIA va mediata da meccanismi di sicurezza (che si aggiungono a quelli di cybersicurezza legati alla penetrazione dei sistemi di IA da parte di hacker) che mirano a bloccare o mitigare risposte potenzialmente dannose. Tali meccanismi però potrebbero non scattare sempre, perché non rilevano la pericolosità di alcune risposte, o perché aggirati da malintenzionati il cui scopo è proprio avere accesso a quelle risposte. Considerato questo scenario, l'AI Act approvato dal Parlamento europeo tiene in considerazione i nuovi rischi portati da queste superIA?

Maggiore sarà la complessità delle funzioni che delegheremo alle superIA per questioni di costi e di efficienza, maggiori saranno i danni provocabili da una risposta non bloccata dai meccanismi di sicurezza.

L'esempio ricorrente è legato alla produzione di disinformazione e all'impatto sulle democrazie, ma pensiamo al software. Lasciando la produzione di software alle superIA generative, ad un certo punto ci fideremo talmente della superIA che perderemo la capacità di gestire il software e potremmo non essere in grado di intervenire se la superIA inserirà, in modo intenzionale o accidentale, degli errori nei programmi dannosi per il genere umano per esempio nei software dei sistemi di guida autonoma. In un futuro che, dopo ChatGPT, gli esperti prevedono ormai tra 5 e 25 anni, le prestazioni di una superIA supereranno quelle di un umano. A quel punto potremmo addirittura non comprendere più la strategia impostata dalla superIA per raggiungere l'obiettivo. Seguendo l'esempio del software, gli errori inseriti nel programma potrebbero essere quasi impossibili da trovare anche per ottimi programmatori poiché inseriti da un superuomo con conoscenza senza limiti.

Tutti questi rischi prima di chatGPT erano un lontano orizzonte, ora si sono avvicinati pericolosamente. Una risposta definitiva a questi problemi verrà dalla ricerca quando sarà in grado di spiegare come viene generata una strategia da una superIA. Nel frattempo, per sfruttare al meglio tutto il buono delle superIA, dobbiamo pragmaticamente marcarle strette, censendole, in modo da limitare la proliferazione, verificarne la sicurezza in tutto il loro ciclo di vita dalla progettazione, all'allenamento.

Controllare in modo continuo il funzionamento dei meccanismi di sicurezza durante l'operatività della superIA, per abbattere i rischi connessi. Questo lavoro non può essere solo sviluppato attraverso analisi del rischio e dichiarazioni di conformità, tipiche dell'AI Act, rilasciate dalle aziende che sviluppano le superIA, o da aziende terze, tutte guidate da logiche di mercato. C'è il bisogno di un ente istituzionale europeo iperspecializzato che controlli i rischi attraverso test indipendenti che regolarmente verifichino, durante l'operatività di questi sistemi, la copertura massima dei meccanismi di sicurezza e la loro non aggirabilità. Per questo l'AI Act va revisionato attentamente prima dell'approvazione finale, anche a costo di ritardarla di qualche mese, rispetto a come è stringente nella gestione dei rischi emersi recentemente legati alle nuove superIA generative, ai criteri di conformità imposti e alla governance di controllo. Questo anche per permetterci, come Europei, di affrontare nuove svolte tecnologiche di altre tecniche di IA con un framework flessibile e di essere quindi guida ad una regolamentazione globale dell'IA.

La sanità

Rivoluzione guardia medica centrale unica per le chiamate e dodici ambulatori in città

Il sistema attivo h24 nei festivi e prefestivi e dalle 19,30 alle 8 nei feriali. Prescrizioni certificati e visite nelle case di comunità

Una centrale unica per le chiamate fatte al 116 e al

117. E poi dodici ambulatori (finora erano otto) nelle case di comunità, ai quali i cittadini potranno chiedere visite, prescrizioni o certificati. È la riorganizzazione della “continuità assistenziale” (la vecchia guardia medica). Ma intanto Bertolaso conferma che il Centro unico di prenotazione slitta al

2024. di Alessandra Corica | a pagina 7

di Alessandra Corica Una centrale unica alla quale arriveranno le chiamate fatte al 116 117. E poi dodici ambulatori (finora erano otto) localizzati nelle case di comunità milanesi, e ai quali i cittadini si potranno rivolgere per chiedere visite, prescrizioni o certificati. È la riorganizzazione della “continuità assistenziale” (la vecchia guardia medica) su cui l'Ats di Milano e la Regione puntano per potenziare l'assistenza territoriale. Messa alla prova dalla carenza di medici di base e dalle liste di attesa per visite ed esami specialistici: per le code, la strategia di Palazzo Lombardia è quella di puntare, sull'aumento delle prestazioni (536 mila in più da fare in tutta la regione entro fine anno, 248 mila nel territorio dell'Ats Milano). E sull'introduzione del Cup unico i cui tempi, però, come confermato dallo stesso assessore Guido Bertolaso, non saranno brevi, nonostante le promesse di entrata a regime a inizio 2024. La nuova organizzazione della guardia medica, studiata con Areu, vedrà la realizzazione di una centrale unica in via Farini: qui il servizio di “call center” sarà attivo h24 nei giorni festivi e prefestivi, mentre dalle 19.30 alle 8 nei feriali. Con il servizio «potenziato nelle fasce orarie di maggiore intensità, dalle 19.30 all' 1.30, e depotenziato in quelle in cui c'è minore richiesta di servizi, dall'1.30 alle 8 del mattino», ha spiegato ieri Bertolaso in aula, in risposta a una interrogazione di Luca Paladini, fondatore dei Sentinelli e consigliere del Patto Civico.

L'obiettivo della nuova organizzazione, che parte da una delibera approvata in Regione lo scorso maggio e già sperimentata nell'Ats di Montagna (Valcamonica e Valtellina), è una maggiore «efficienza logistica delle sedi». Per fare, quando necessario, le visite domiciliari — oggi, in media, «ne viene fatta una per turno ogni tre operatori», ha spiegato Bertolaso — nonché alleggerire il carico sul pronto soccorso, a cui spesso nelle ore notturne e nei festivi si rivolgono cittadini che potrebbero essere visitati da un medico di famiglia. «Ma si parla di accentrare sempre più, con la creazione di una centrale unica, quando invece bisognerebbe potenziare il territorio, anche considerando la carenza di medici di famiglia — obietta Paladini —. Ormai molti cittadini è come se fossero “esodati”, privi di un medico».

Quello della sanità territoriale è uno dei problemi a cui il Pirellone sta cercando una soluzione, insieme con quello delle liste di attesa: contro le code si punta sul Cup unico, il quale però si farà anche lui attendere, ben oltre quel gennaio 2024 all'inizio promesso. «Sulle tempistiche, è vero, mi sono sbagliato — ha così ammesso ieri in aula Bertolaso, in risposta a una interrogazione del capogruppo Pd Piefrancesco Majorino —. La gara potrà essere indetta solo ai primi di settembre, i risultati dell'aggiudicazione li avremo alla fine di quest'anno o ai primi dell'anno prossimo, e poi ci sarà tutto il lavoro di organizzazione e messa a fattor comune di questo sistema. Ogni struttura (272, di cui 32 pubbliche e 240 private, ndr) dovrà rinunciare al proprio sistema individuale e dovrà adeguarsi a questo integrato». Ospedali convenzionati (che sono in attesa di un incontro con la Regione) compresi: «Tutti gli enti privati accreditati dovranno adeguarsi a questo nuovo sistema».

All'attacco, allora, il Pd: «Il Cup unico è promesso dalla Regione da sette anni e non ci sarà per almeno altri tre, il tempo necessario ad armonizzare i sistemi non solo di tutti gli operatori privati ma anche di quelli pubblici, che non si parlano ancora — scandisce il dem Majorino —. Le liste di attesa invece continuano ad allungarsi, costringendo le persone a ricorrere alle visite a pagamento per chi se le può permettere, e alimentando la privatizzazione strisciante della sanità lombarda».

© RIPRODUZIONERISERVATA

Bertolaso ammette: "Sul centro unico di prenotazione mi sono sbagliato

I tempi si allungano"

Territorio

Una delle 12 case di comunità oggi attive a Milano e sulle quali si base la nuova guardia medica

Duecento visite l'anno nell'ambulatorio che salva i bambini da violenze e paura

Il reparto "b a m b i" all'ospedale regina margherita

Ci sono lividi e traumi evidenti che non convincono con le spiegazioni date: «Mio figlio è caduto dalle scale» aveva detto ad esempio la madre del bimbo di sei anni che aveva l'intestino distrutto dalle botte inferte dal patrigno e che era stato salvato per un soffio dai medici. E poi ci sono segnali di altre sofferenze, psicologiche o comportamentali, colti come campanelli d'allarme.

Maltrattamenti, abusi sessuali, violenze assistite: sono tantissimi i casi che passano dall'ambulatorio Bambi, al Regina Margherita, e che spesso diventano segnalazioni in procura, indagini e processi. Da 21 anni una rete di professionisti intercetta e salva i bambini che ne sono vittime. Numeri impressionanti: «Ogni anno l'ambulatorio Bambi effettua circa 200 visite. Ed è sempre aperto» spiega infatti Claudia Bondone, direttore della pediatria d'urgenza della Città della Salute.

Specializzato nell'intervento psicologico e medico in caso di abuso e maltrattamento, il centro «è stato fondato nel 2002 per volontà della dottoressa Fulvia Negro. La sua grande intuizione è stata collocare l'attività dell'ambulatorio all'interno del pronto soccorso pediatrico». Sono due le modalità di accesso: «La vittima può arrivare in una situazione di urgenza, perché sta male, oppure qualcuno la porta a farsi visitare - racconta Bondone - Un'altra intuizione che si è rivelata efficace è che l'ambulatorio prevede una rete di collaborazione. Ci sono i pediatri, i cui referenti sono la responsabile Barbara Lauria e la dottoressa Sonia Aguzzi, e poi- infermieri dedicati che hanno avuto una formazione specifica; c'è un'equipe psicologica, diretta da Sara Racaluto, c'è il servizio sociale dell'ospedale, e ancora medici legali e specialisti coinvolti a seconda del caso».

Per quanto riguarda i maltrattamenti fisici l'esperienza ha mostrato che i bambini più piccoli, sotto l'anno di età, «riportano traumi cranici o sintomi di scuotimento». Ma in generale vengono osservate lesioni «prevalentemente tra i 4 e i sette anni, dalla fine dell'asilo alle elementari». Nei casi di abuso sessuale invece si va dalle fasce d'età delle elementari a quella adolescenziale. «Per la nostra esperienza - aggiunge Bondone - ricostruiamo situazioni di sofferenza in ogni strato sociale. Non bisogna avere il pregiudizio che chi vive in contesti più fortunati sia immune da abusi e violenze, fisiche o psicologiche, anche se alcuni fenomeni si riscontrano maggiormente in situazioni sociali più fragili». A volte infatti i professionisti colgono campanelli di allarme come lo stato di denutrizione o di trascuratezza che portano a voler approfondire un eventuale disagio. «Il lavoro di équipe ci permette di cogliere quei segnali che non sempre sono evidenti come i lividi. Spesso poi sono gli insegnanti i nostri alleati: sono sorveglianti "buoni", perché magari vedono il loro alunno che si alza la maglia in palestra e ha lesioni che preoccupano. Non a caso nel periodo della pandemia, quando le scuole erano chiuse, c'è stato un drastico calo delle visite». Se i problemi fisici più evidenti arrivano al pronto soccorso, le situazioni più sfumate derivano in genere da «contesti sociali più difficili o da situazioni di conflittualità in famiglia. Quel che conta è l'esperienza, l'abitudine a cogliere ciò che non convince: i pediatri in questo caso sono le prime sentinelle. L'interfaccia con la procura è la fase finale: bisogna intercettare i maltrattamenti prima possibile perché si tratta di situazioni in crescendo, con episodi che si ripetono e diventano più gravi. Così si interrompono le spirali di sofferenza in cui i bimbi sono finiti».

— s.mart.

Claudia Bondone dirige la pediatria d'urgenza "Sotto l'anno di età lesioni da scuotimento, tra i 4 e i 7 da percosse"

Primaria Claudia Bondone

Porto sicuro

L'ambulatorio Bambi è in funzione 24 ore su 24 nel pronto soccorso dell'ospedale infantile Regina Margherita

Bocciata la maxi Asl regionale “Può fare solo mini appalti”

L'autorità anticorruzione respinge la richiesta di “Azienda Zero”

L'“Azienda Zero” voluta dalla Regione Piemonte per coordinare il lavoro di Asl e ospedali sul territorio non potrà bandire gare e appalti sopra la soglia dei 500mila euro, come invece era nelle intenzioni della giunta al momento della sua costituzione. Il semaforo rosso è arrivato direttamente dall'Anac, l'Autorità nazionale anticorruzione, che ha respinto la richiesta dell'Azienda di accreditarsi come stazione appaltante, secondo quanto previsto con il nuovo codice degli appalti dal 1° luglio.

Azienda Zero, fa sapere Anac a Repubblica, « non si è qualificata (e quindi non potrà fare gare di appalto o acquisire servizi e forniture sopra soglia) perché non ha raggiunto la quota minima di punteggio prevista ». Questo perché « non ha personale qualificato necessario per svolgere gare di alto livello, né la formazione, né l'esperienza richiesta».

In Regione nessuno vuole parlare di bocciatura, anzi si ricorda come occuparsi delle gare sia solo una delle funzioni conferite al nuovo ente. Ma certo è uno stop che, se la situazione non verrà risolta, potrebbe portare a rivedere i piani della giunta in maniera di centralizzazione degli appalti e anche di “ peso” fra Azienda Zero, Asl e Scr, la società di committenza regionale che ha proprio come compito quello di bandire gare.

Dall'azienda presieduta da Carlo Picco, direttore generale dell'Asl Città di Torino, si smorzano i toni. Anzi, si assicura che la valutazione dell'Autorità è « frutto di automatismo» e che « sono già in corso interlocuzioni con Anac per spiegare la specificità di Azienda Zero e risolvere il problema. Nel frattempo, per proseguire con la regolare attività, Azienda Zero si farà supportare da altre stazioni appaltanti qualificate». In pratica, sostengono, Anac non ha tenuto conto del fatto che l'ente è nato da poco, quindi ha bandito poche gare, e che il personale che utilizza è in comando da altre Asl.

« Azienda Zero – spiegano da via San Secondo - ha compilato un form di accreditamento online che prevede l'indicazione di una serie di parametri, frutto di automatismo derivante da una sommatoria di punti. Tra i requisiti era richiesto di indicare il numero di gare già svolte ed è del tutto evidente che, considerata la recente nascita dell'azienda, il numero indicato per questo criterio sia risultato esiguo ». E ancora: « Un'altra richiesta riguardava la consistenza del personale. Azienda Zero funziona al momento con personale in comando o in convenzione, una fattispecie tecnica che la griglia proposta da Anac non contemplava in maniera esplicita».

Intanto però in Regione infuria la polemica. Il capogruppo Pd Raffaele Gallo ricorda come « noi siamo sempre stati contrari a quel modello » e che « così viene tolto un pilastro della politica della giunta Cirio: è l'ennesimo fallimento». Il vicepresidente del Consiglio Daniele Valle si chiede se « per la giunta sia un problema se le gare le fa Scr. Forse si dimentica di averla o evidentemente non si fida della sua stazione appaltante ». I consiglieri del M5s parlano di « batosta » e aggiungono: “ Con la bocciatura da parte dell'Anac va in fumo il grande sogno del centrodestra».— a. g.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Anac: manca personale qualificato per gare sopra i 500mila euro

La replica: chiariremo

l'emergenza

Sanità, la Regione batte cassa a Roma “Un miliardo per garantire i servizi”

L'assessore Palese fa i conti sui fondi necessari per poter assicurare i Lea, ovvero i Livelli essenziali di assistenza Sullo sfondo la battaglia per l'autonomia differenziata. Il sottosegretario Gemmato: i soldi vanno utilizzati meglio

di Davide Carlucci Un miliardo di euro. È quello che secondo l'assessore Rocco Palese servirebbe alla Regione Puglia per rispettare i Lea, i Livelli essenziali di assistenza. Non 7,9 miliardi — l'importo stabilito a dicembre in conferenza delle Regioni, quando Michele Emiliano era riuscito a strappare ulteriori 238 milioni — ma 9 milioni dal fondo sanitario. La stima dell'assessore arriva all'indomani dell'approvazione del piano della rete ospedaliera, che istituisce 941 nuovi posti letto, soprattutto nella lungodegenza, per tamponare una sanità a rischio collasso. Una richiesta che però potrebbe cadere nel vuoto. Il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, non entra nel merito. Ma fa sapere che sta approfondendo il tema del disavanzo della Regione per «rimettere ordine» nella gerarchia delle responsabilità: «La Puglia nel bilancio 2022 su 2021 ha ricevuto mezzo miliardo di euro in più da maggiori fondi di riparto del fondo sanitario nazionale e dalla quota del payback. Purtroppo questo mezzo miliardo non è servito né a migliorare le condizioni della sanità pugliese, come ha fatto emergere lo studio Crea che pone la Puglia al penultimo posto su 18 parametri, né di bilancio, visto che la Puglia è stata per il 2022 la regione più indebitata d'Italia, con oltre 204 milioni 226mila euro».

Regione e Governo seguono due parallele destinate a non incontrarsi mai. Sullo sfondo, lo scontro sull'autonomia differenziata. Nella sua richiesta Palese allude alla riforma Calderoli, che impone l'individuazione — e il finanziamento — dei Livelli essenziali delle prestazioni. «Il Lep — argomenta Palese — in sanità si traducono in Lea, cioè nell'elenco dei servizi da garantire ai cittadini nei livelli di assistenza. Lo prevede l'articolo 119 della Costituzione e lo Stato ci impone di individuarli. E io sono d'accordo: vanno definiti subito. E senza introdurre nulla di nuovo, includendo gli oltre 400 milioni di euro all'anno che mancano all'appello sulla base dei criteri di riparto del fondo sanitario, come già evidenziato da Emiliano, aggiungendo infine quanto servirebbe per introdurre i nuovi posti letto, pagare il personale, eccetera, si arriva al miliardo di euro».

Alla quantificazione è interessato anche il pentastellato pugliese Gian Mauro Dell'Olio, vicepresidente della Commissione bilancio alla Camera, che sta per avviare le audizioni sui Lep-Lea, su cui «è opportuno ottenere dati e informazioni dalla Puglia e dalle altre regioni del Sud. Dobbiamo capire a quanto ammonta il divario per allineare i nostri cittadini a quelli del resto d'Italia nell'accesso alla salute». E i medici? Ieri incontrando Palese nella sede dell'Ordine gli hanno fatto sentire tutte le loro preoccupazioni sulle carenze di organico. Ma hanno capito che un conto sono le battaglie politiche, un conto è la realtà: la riduzione dei medici in organico, da 145 a 120 nel 118 barese. «Alcuni medici dovranno fare più chilometri — osserva Roberta Ladisa della Fimsu — e questo non è il massimo, se parliamo di malattie tempodipendenti e se consideriamo che la legge prevede un medico ogni 60mila abitanti. Ma la coperta è corta e almeno così la Regione utilizza razionalmente le risorse che ha, senza mandare al massacro i colleghi». Francesco Pazienza, segretario regionale dello Smi, il Sindacato medici italiani, pretende «risposte che l'assessorato alla Sanità deve ai problemi degli organici negli ospedali e soprattutto nei pronto soccorso». E parla di «grande difficoltà per organizzare i turni di lavoro per mancanza di medici» fino alla chiusura di alcune sedi di guardia medica. Quanto al 118, la riduzione dell'organico comporta «grave pericolo per i cittadini, visto che molte ambulanze intervengono senza il medico a bordo». E così i livelli essenziali di assistenza sprofondano nei lettini dei mezzi di soccorso. Dove il minimo vitale diventa un lusso.

© RIPRODUZIONERISERVATA

jAssessore Rocco Palese ha la delega alla Sanità nella giunta regionale di Michele Emiliano

klIn corsia L'interno di un ospedale

L'iniziativa Autismo, la Asl apre un nuovo centro: 2.500 casi nel Barese

Nella sola provincia di Bari 2mila 500 bambini e adolescenti sono affetti da forme di autismo, 800 dei quali nel capoluogo. «Dati sottostimati e in continua crescita», evidenzia Antonio Sanguedolce, direttore generale dell'Asl Bari, che con l'assessore regionale alla Sanità, Rocco Palese, ha inaugurato in città un centro per l'autismo, nato dalla ristrutturazione del centro Colli-Grisoni, mentre il governatore Michele Emiliano si è collegato da remoto. «Si tratta di una ristrutturazione importante — evidenzia Sanguedolce — Sarà un centro di riferimento per Bari e la provincia intera, abbiamo anche rimodellato l'assetto organizzativo per quanto riguarda il trattamento dell'autismo. Per l'assistenza sono impegnati circa 100 dipendenti, di cui 40 saranno impegnati all'interno della nuova struttura. — red.cro.

Le nuove leve della sanità cerimonia per 82 dirigenti Donini: uniti contro i tagli

L'iniziativa del direttore generale dell'Ausl Bordon

di Emanuela Giampaoli

Il più anziano è del 1954, il più giovane dell'88, la maggior parte sono nati negli anni Settanta, con una lieve prevalenza di donne.

Sono i nuovi volti della sanità bolognese, in linguaggio tecnico il 'middle management' dell'Azienda Usl: 82 dirigenti nominati dal direttore generale Paolo Bordon nei tre anni del suo mandato che ieri sono stati presentati alla città.

Qualcuno ha preso il posto di professionisti che hanno lasciato i propri incarichi per il raggiungimento dei limiti di età, molti di loro sono stati in prima linea durante la pandemia, altri sono entrati a far parte della squadra di recente, in ogni caso sono tutti chiamati a disegnare il nuovo profilo della sanità metropolitana e a fare fronte alle sfide del futuro, dall'invecchiamento della popolazione ai tagli di budget.

«In questi tre anni in trincea per il Covid - ha sottolineato Bordon alla presenza dell'assessore regionale alla sanità Raffaele Donini, di quello comunale Luca Rizzo Nervo e del rettore dell'Alma Mater Giovanni Molari - l'azienda si è trovata a fronteggiare sfide sanitarie del tutto nuove per l'intero sistema di welfare occidentale, ma ci siamo accorti che siamo cresciuti, spesso con persone provenienti dall'interno dell'azienda stessa in altri casi pescando da fuori risorse eccellenti per migliorare il sistema. Ci sembrava giusto celebrare, in un momento in cui la sanità ha passato momenti molto difficili, il fatto che ci siano nuove leve». Non solo medici ma anche ingegneri, infermieri, esperti di organizzazione dei servizi. Tra questi Elisa D'Angelo, da maggio direttore dell'Unità operativa complessa di radioterapia, che tra i suoi compiti avrà quello di gestire il cyber knife, un bisturi virtuale, un'apparecchiatura robotica che è in grado di erogare nuovi trattamenti radioterapici di alta precisione su piccoli bersagli garantendo con massimo cinque sedute in maniera non invasiva un'altissima dose di radioterapia.

Uno strumento d'avanguardia nelle cure oncologiche ed è l'unico in tutta la Regione.

È invece un bocconiano originario di Pescara Aldo Bonadies, il più giovane della partita, dal 2021 Direttore dello sviluppo organizzativo aziendale. «Una delle principali sfide è quella epidemiologica, con la popolazione che invecchia sempre di più, di fronte alla quale serve un radicale ripensamento dei modelli organizzativi che devono essere sempre più trasversali. Ilaria Camplone è invece la nuova direttrice del distretto di Reno Lavino Samoggia. «Dobbiamo ripensare la rete dei servizi - dice - a partire dal domicilio come primo luogo di cura passando dalle case e dagli ospedali di comunità, dove le persone possono essere accolte per un breve periodo e infine l'ospedale vero e proprio. Stiamo anche introducendo una nuova figura professionale: l'infermiere di comunità».

Le conclusioni spettano a Donini, che alla visione del futuro affianca l'preoccupazione per la sostenibilità finanziaria del sistema: «Sono stati anni impegnativi ma anche fondativi di un'idea della salute pubblica che possiamo definire di nuova generazione. Ora occorre lavorare per potenziare il nostro modello di sanità pubblica. La madre di tutte le battaglie è il tema della sostenibilità finanziaria. Con la commissione nazionale salute, di cui sono il coordinatore, stiamo cercando di comprendere se all'interno delle diverse regioni esista una condivisione per promuovere una proposta di legge di iniziativa regionale da portare avanti in tanti territori contemporaneamente, indipendentemente dallo schieramento politico, per chiedere da un lato di ancorare il fondo sanitario nazionale al 7,5% del Pil, visto che il ministro Schillaci ha ammesso una mancanza di 4 miliardi di euro, dall'altra l'abolizione del tetto di spesa del personale.

© RIPRODUZIONERISERVATA

Tra loro non solo medici ma anche ingegneri, esperti di organizzazione dei servizi, infermieri L'assessore regionale "Dobbiamo ancorare il fondo sanitario nazionale al 7,5% del Pil"

La cerimonia di ieri con i dirigenti della sanità

L'allarme di Federfarma Bologna

Cercasi farmacista disperatamente “Solo qui ne servirebbero 100 in più”

I tanti servizi offerti fanno aumentare le richieste di personale Ma non bastano 5 mesi a trovare qualcuno

di Marcello Radighieri «Non si trova nessuno. Ho provato su LinkedIn, sui portali specializzati, attraverso il passaparola: non so neanche più dove andare a guardare. Sono molto in difficoltà». **Maria Claudia Mattioli Oviglio** è titolare della farmacia di Calderara di Reno da oltre trent'anni ma, assicura, una situazione del genere «non l'avevo mai vista». **Da fine febbraio, ossia « da quando una delle mie dottoresse mi ha comunicato che sarebbe andata via per motivi personali », è alla ricerca di un farmacista. « Ma, nonostante mi sia mossa per tempo, il posto è ancora vacante».**

Non è un caso isolato. Al lungo elenco di carenze del panorama sanitario – infermieri, medici di famiglia e professionisti del pronto soccorso, tanto per fare qualche esempio – si iscrivono ora di diritto anche i farmacisti. «Per completare gli organici delle attività ne mancano a decine – conferma infatti il vicepresidente di Federfarma Bologna Massimiliano Fracassi - Soltanto nel bolognese le farmacie sarebbero pronte ad assorbire subito almeno 80/100 professionisti». Non pochi, specie se si considera che l'Ordine dei farmacisti conta a livello provinciale circa 2.200 iscritti, per due terzi impiegati nelle 300 farmacie sparse in tutta la città metropolitana. «Nel complesso il sistema regge, non siamo a livelli emergenziali – premette Fracassi - Ma alcune situazioni sono un po' al limite, i titolari devono farsi in quattro e in tanti sono ansiosi di trovare nuove risorse». Chi più, chi meno, « sono tutti in difficoltà. Soprattutto le farmacie che si trovano nelle zone turistiche e hanno bisogno di aumentare il personale con lavoratori stagionali, oppure le attività situate nelle zone rurali. Io, ad esempio, ho una farmacia nell'imolese: faccio colloqui su colloqui, ma non trovo nessun disposto a fare più di ventiminuti di macchina».

Non è sempre stato così, anzi. «È una tendenza che si è sviluppata nell'arco degli ultimi 4 anni e che riguarda quasi tutta Italia», ragiona il presidente dell'Ordine, Paolo Manfredi. Prima della pandemia «c'era la processione quotidiana di giovani che venivano a portare il curriculum – gli fa eco Fracassi – mentre ora la situazione è cambiata radicalmente. I colleghi che si propongono sono sempre più rari, bisogna passare dagli annunci o cercare attraverso l'Ordine, Federfarma o il passaparola». E non sempre si trova. Come a Calderara. Mattioli, che oltre a gestire la farmacia è anche assessore del comune, spiega che « le colleghe rimaste (12 in totale) stanno facendo ore di straordinari. Anche perché adesso la farmacia fa sanità a 360 gradi, inclusi tantissimi servizi per i cittadini: ad esempio prenotazioni Cup, analisi e qualche tampone. La nostra clientela è abituata ad avere un certo livello di servizio: riusciamo ancora a garantirlo, ma dobbiamo correre molto di più. Finora siamo riusciti a coprire i buchi, ma con l'inizio delle ferie il postovacante si fa sentire. Se dovessi rimanere senza un'altra persona non saprei come fare».

Come si è arrivati a questo punto? «I nodi sono giunti al pettine», chiariscono sempre da Federfarma. Da una parte pesa il mancato ricambio generazionale: il numero degli studenti in uscita dai corsi universitari a numero chiuso, detto in altre parole, non è più sufficiente a sostituire i colleghi che vanno in pensione. Dall'altra «è aumentata la richiesta strutturale di farmacisti sul territorio, vista la dilatazione degli orari di apertura e l'aumento del numero delle stesse farmacie ». La maggior domanda di collaboratori, conferma anche Manfredi, è da ascrivere « al grande sviluppo che ha contraddistinto il sistema negli ultimi anni. Le farmacie sono state messe alla prova con la pandemia ma hanno saputo onorare gli impegni brillantemente, mettendo a disposizione del cittadino una lunga serie di servizi e diventando sempre più un punto di riferimento. E si sono confermate, in questo senso, un presidio sociale fondamentale, tanto più nei mesi estivi». Sarebbe sbagliato, però, limitare il fenomeno alle sole “ croci verdi”: « Attualmente c'è una carenza di farmacisti anche ospedalieri, che necessitano di specializzazione – spiega infatti Morena Borsari, direttore del Dipartimento Farmaceutico interaziendale - Negli ultimi anni è stato formato un numero di farmacisti ospedalieri inferiore rispetto al fabbisogno delle Aziende sanitarie. Contiamo però, con il recente aumento dei posti disponibili nelle scuole di specialità, di poter coprire nell'arco dei prossimi anni il fabbisogno necessario ». Pure le stesse farmacie sperano di ricevere al più presto una boccata d'ossigeno: « A fine luglio finiscono gli esami di abilitazione – chiosa Manfredi – questo significa che avremo una nuova tornata di farmacisti abilitati».

© RIPRODUZIONERISERVATA

Cure all'estero gratis (come in Italia) si può: ecco come fare

Ogni cittadino italiano ha la TEAM (tessera europea di assicurazione malattia) che dà diritto a cure gratuite in Europa e nei paesi con cui l'Italia ha stabilito precisi accordi. Serve però una preventiva autorizzazione.

di Federica Bosco



Andare all'estero per avere un sorriso low cost o per un lifting a basso prezzo è ormai un iter consolidato tanto che è nato un vero e proprio turismo sanitario che coinvolge ogni anno oltre **350 mila** italiani verso paesi come **Slovenia, Ungheria o Croazia**. In pochi, anzi pochissimi, sanno invece che esiste la possibilità di ricevere **cure all'estero** per gravi patologie, in centri di eccellenza con il **Sistema Sanitario Nazionale** a condizione che il paese di destinazione sia in Europa o abbia una convenzione con l'Italia; e che si ottenga una autorizzazione dall'ente di previdenza di residenza.

Tutti gli italiani hanno la TEAM per le cure all'estero

Ogni cittadino italiano ha la Team (**Tessera Europea Assistenza Malattie**) da utilizzare quando va all'estero. Si trova sul **retro della Tessera Sanitaria Nazionale** ed è bene averla sempre con sé per esibirla, in caso di necessità, nelle strutture sanitarie europee e dei paesi convenzionati o da uno specialista sia in regime di assistenza pubblica che convenzionata. Ciò non toglie che per programmare una visita o un intervento all'estero ogni cittadino italiano debba ottenere una preventiva autorizzazione da parte **dell'Azienda Territoriale Sanitaria di competenza** che si attiene a dei precisi criteri per dare il via libera.

Cosa dice la legge per le cure all'estero

«La normativa a cui facciamo riferimento è dettata dalla Direttiva UE n. 24 del 09.03.2011 con decreto attuativo n. 38 del 4.03.2014. Le Linee Guida del 21/12/2017 Decreto Ministero Salute n. 50 del 16/4/2018 disciplinano l'accesso alle cure transfrontaliere: specificando se necessita o meno di autorizzazione preventiva, i tempi di rimborso e l'entità del rimborso – puntualizzano i dirigenti ATS -. Come previsto dall'articolo 8 comma 3 del Decreto legislativo 38 del 4 marzo 2014, l'autorizzazione viene concessa se e nella misura in cui la prestazione erogata sia compresa nei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**. Non sono invece rimborsabili le spese sostenute per **trasporti, vitto e alloggio**».

Come funziona la Schengen sanitaria

Proprio grazie al decreto legislativo 38 del 4 marzo 2014 ribattezzato "**Schengen Sanitaria**" ai pazienti di tutta Europa è data la possibilità di andare oltreconfine per ricevere un'assistenza di qualità o di usufruire della telemedicina da altri Stati, pagando solo il ticket sanitario. Perché ciò accada, i cittadini italiani che vanno all'estero devono avere una **autorizzazione preventiva dall'Azienda Sanitaria di residenza**, a determinate condizioni.

Organizzare cure mediche programmate all'estero

Secondo quanto stabilito **dall'Unione Europea**, esistono due modi per ottenere cure mediche programmate in un altro paese europeo: attraverso il **modulo S2** e quindi con la copertura diretta dei costi da parte dell'ente assicurativo; oppure ottenere il **rimborso dopo il trattamento**. Nel primo caso si può accedere solo all'assistenza sanitaria pubblica e sarà necessario chiedere sempre l'autorizzazione preventiva all'azienda sanitaria di residenza che rilascerà il modulo S2. In quel caso le cure sanitarie saranno rimborsate in base alle norme del paese in cui sono state erogate e il paziente non dovrà pagare le cure. Nel secondo caso, invece, si possono ottenere cure in un paese dell'UE oppure in **Islanda, Norvegia e Liechtenstein** anticipando le spese e poi chiedendo il rimborso.

Quando il paziente deve anticipare le spese

Nel caso in cui il paziente debba anticipare le spese sarà rimborsato per le prestazioni sanitarie sostenute fino a coprire un costo pari a quello delle cure che avrebbe ricevuto nel paese di residenza. Gli Stati possono comunque decidere di rimborsare autonomamente l'intero costo della cura anche se superiore alle spese che avrebbe sostenuto nel Paese di residenza. Non tutte le cure in ogni caso sono rimborsabili. Sono escluse le prestazioni sanitarie di lunga durata per l'assistenza quotidiana, accesso agli organi per finalità di trapianto e la **vaccinazione** contro malattie contagiose.

Come richiedere l'autorizzazione preventiva

Tutti i cittadini **dell'UE** secondo quanto riportato nella normativa europea che intendono avvalersi dell'assistenza sanitaria diretta o indiretta devono richiedere l'autorizzazione preventiva limitatamente alle prestazioni previste dal DM50 del 16 aprile 2018. Se ci sono i presupposti per ricevere assistenza diretta, verrà erogata. L'autorizzazione preventiva per cure all'estero può essere richiesta anche per: ricovero del paziente almeno per una notte o per utilizzo di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose.

Cosa non funziona

Dunque, la legge c'è ma pochi pazienti la sfruttano. «Le ragioni sono essenzialmente due – ci dicono **all'Agenzia di Tutela della Salute** –, pochi conoscono questa possibilità e chi vi ricorre comunque nella maggior parte dei casi è costretto, una volta rientrato in Italia, a chiedere il rimborso». Il nodo, dunque, sembra essere proprio questo passaggio perché nonostante la legge europea prevede due modalità di rimborso: diretto (ovvero il cittadino usufruisce delle cure come se fosse in Italia, pagando un eventuale ticket) e indiretto (in quel caso il paziente sostiene le spese e poi chiede il rimborso una volta rientrato in Italia), il più diffuso è il metodo indiretto nonostante la presenza della tessera europea di assicurazione malattia.

Martedì 04 LUGLIO 2023

Dirigenza medica. Incontro Schillaci-Sindacati: "Da Ministro disponibilità a intervenire su leggi e contratto per salvare Ssn"

L'Intersindacale: "Il Ministro ha ben compreso l'urgenza delle nostre richieste che riflettono una situazione non più sostenibile all'interno degli ospedali e dei luoghi di lavoro e attiverà da subito tavoli tecnici per condividere con le organizzazioni sindacali gli aspetti legislativi realizzabili a medio termine".

"Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria ricevute oggi dal Ministro Orazio Schillaci lo ringraziano per la disponibilità dimostrata al confronto sui temi più urgenti per la categoria e per il sistema sanitario nazionale nel suo complesso.

In particolare sono stati ribaditi al Ministro gli ambiti, sia legislativi che contrattuali, per i quali è necessario e urgente un immediato intervento:

- Abolizione del tetto di spesa per l'assunzione di personale
- Riforma del DM 70
- Riforma della legge 502 che proponga nuovi modelli organizzativi del sistema
- Congruo finanziamento del prossimo contratto valido per il triennio 2022-2024
- Defiscalizzazione di parte del salario
- Intervento diretto che incida sulle condizioni di lavoro nel contratto in discussione in queste settimane
- Incentivi immediati per trattenere i colleghi nel servizio pubblico rendendo competitivo il confronto con le cooperative
- Finanziamento dell'indennità di specificità per il resto della dirigenza
- Finanziamento delle specializzazioni non mediche

Il Ministro ha ben compreso l'urgenza delle nostre richieste che riflettono una situazione non più sostenibile all'interno degli ospedali e dei luoghi di lavoro e attiverà da subito tavoli tecnici per condividere con le organizzazioni sindacali gli aspetti legislativi realizzabili a medio termine.

Nell'immediato però ci aspettiamo che alla disponibilità seguano fatti concreti sulle questioni più urgenti. Il primo banco di prova è il contratto in discussione all'Aran e successivamente la prossima legge finanziaria e tutte le altre opportunità legislative che potranno accogliere le nostre richieste". È quanto scrivono ANAAO ASSOMED – CIMO-FESMED (ANPO-ASCOTI – CIMO - CIMOP - FESMED) – AAROI-EMAC – FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR) – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM Federazione Veterinari e Medici – UIL FPL COORDINAMENTO

NAZIONALE DELLE AREE CONTRATTUALI MEDICA, VETERINARIA SANITARIA – CISL MEDICI in una nota congiunta al termine dell'incontro.

"Riteniamo il ministro della Salute Orazio Schillaci un nostro alleato, verranno calendarizzati altri incontri con tavoli tematici. Siamo fiduciosi della volontà del ministro di fare bene, anche se il lavoro da fare è tantissimo e il tempo poco". Così all'Adnkronos Salute **Pierino Di Silverio**, segretario nazionale Anaao-Assomed, il sindacato dei medici dirigenti del Servizio sanitario nazionale, al termine dell'incontro oggi al ministero della Salute con Schillaci insieme alle altre rappresentanze di categoria.

"I temi dell'incontro sono stati di tipo economico e contrattuale - spiega Di Silverio - Serve l'abolizione del tetto di spesa per il personale del Ssn, una rivisitazione del Dm 70, e poi un investimento immediato sui dirigenti che lavorano nel sistema attraverso anche un processo di defiscalizzazione di una parte dello stipendio. Ma serve soprattutto il finanziamento del contratto che è già scaduto. Abbiamo anche chiesto, su questo tema, al ministro Schillaci se può fare pressione sul Mef e sulle Regioni: non possiamo più fare prestazioni gratuite in carenza di personale", avverte il leader Anaao. "Non è giusto".

“Al di là dell'evidenziare le gravi criticità del Servizio sanitario nazionale, quali carenza di personale, tetti di spesa e mancanza di medici specialisti, l'unico vero impegno che oggi registriamo da parte del ministro Schillaci è quello preso di intervenire sulle Regioni per affrontare i punti del contratto ancora irrisolti tra cui l'extraordinario lavorato non pagato che oggi costringe i medici del Ssn a regalare ore ai servizi, e l'equiparazione delle retribuzioni per dirigenti sanitari e delle professioni sanitarie con particolare riferimento a indennità di specificità e di esclusività. Ora attendiamo un ritorno da Regioni e Aran”, Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni. Così in una nota **Andrea Filippi**, segretario nazionale della Fp Cgil medici e dirigenti Ssn, al termine dell'incontro dei sindacati con il ministro della Salute, Orazio Schillaci.

Diritto all'oblio oncologico: Italia all'avanguardia in Europa. Tutelati anche contratti di lavoro e adozioni

FAVO, AIOM e Fondazione AIOM: «Nel vecchio Continente sono in vigore provvedimenti che aiutano gli ex malati di cancro nell'accesso a mutui e assicurazioni»

di Redazione



«La legge sul diritto all'oblio oncologico può porre l'Italia all'avanguardia in Europa nella tutela delle persone colpite dal cancro che hanno superato la malattia. A differenza dei provvedimenti adottati in altri Paesi, prevede specifiche disposizioni che riguardano non solo la possibilità di accedere a servizi finanziari come mutui e assicurazioni, ma anche i contratti di lavoro e le adozioni. Si tratta di una battaglia di civiltà che segna la fine di troppe discriminazioni subite finora dai cittadini che sono guariti dal cancro». Con queste parole FAVO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e Fondazione AIOM plaudono al **testo unificato del disegno di legge sull'oblio oncologico**, approvato recentemente dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, e chiedono che sia designata un'autorità che vigili sul rispetto delle norme e che siano inserite sanzioni in caso di inadempienza.

Cosa prevede il testo

Il testo unificato del disegno di legge, di cui si è discusso oggi durante il convegno “Il diritto all'oblio delle persone guarite dal cancro e la prevenzione delle disuguaglianze”, prevede che, dopo 10 anni dal termine delle cure per le neoplasie dell'adulto e dopo 5 per quelle dell'età pediatrica, i pazienti del nostro Paese siano ritenuti guariti non solo a livello clinico ma anche per la società. «Con l'approvazione della proposta di testo unificato, finalmente vengono cancellati per legge lo stigma cancro = morte e lo stigma cancro = malattia incurabile e inguaribile, frequentemente riproposti dai media e ancora ben radicati nell'opinione pubblica – spiegano **Francesco De Lorenzo** (Presidente FAVO) ed **Elisabetta Iannelli** (Segretario Generale FAVO) -. I guariti dal cancro non saranno più discriminati nella vita sociale, professionale e familiare. Sono infatti previste specifiche norme che tutelano gli ex pazienti da possibili discriminazioni nel campo assicurativo e finanziario oltre che nell'ambito lavorativo, con misure relative all'accesso alle procedure di selezione concorsuale ed alle assunzioni e relative a politiche attive di inserimento e permanenza al lavoro. Anche il riconoscimento dell'idoneità all'adozione non potrà più essere negato a chi è guarito dal tumore».

Molte persone colpite da neoplasia moriranno per altro

«Il testo parte dal presupposto fondamentale che il cancro è guaribile e, in molti casi, è sempre più una malattia cronica – affermano **Giordano Beretta** (Presidente Fondazione AIOM) e **Saverio Cinieri** (Presidente AIOM) -. In base alle statistiche, molte persone, colpite da neoplasia, moriranno per altre patologie, prima ancora di essere considerati clinicamente guarite dal tumore. Per questo è necessario ricalcolare, per esempio, i premi assicurativi in base agli enormi progressi della ricerca scientifica. Sempre in base a questo principio, la norma italiana interviene anche sulla legge sull'adozione di minori, e comunque potranno essere valutate anche le richieste di adozione che provengono da chi è considerato ancora malato».

La legge segua i successi scientifici

«Il disegno di legge è un'importante conquista di civiltà che giunge dopo anni di battaglie e che finalmente considera i progressi medico-scientifici – proseguono i vertici di FAVO -. La nostra Federazione ha denunciato anni fa la mancanza di provvedimenti legislativi a favore dell'oblio oncologico. Abbiamo dialogato con i rappresentanti dei clinici, delle assicurazioni, del mondo del lavoro e, ovviamente, delle Istituzioni. Negli ultimi due anni, Fondazione AIOM ha lanciato una campagna informativa importante ed efficace. Con la nostra petizione on line abbiamo raccolto 106.967 firme – affermano Giordano Beretta e Saverio Cinieri -. L'oncologia italiana è ai vertici nel mondo per quanto riguarda i tassi di sopravvivenza e guarigione per molte neoplasie. Ai successi scientifici devono però corrispondere anche nuovi provvedimenti di tutela. Sono oltre 3,7 milioni le persone che in Italia vivono con una diagnosi di cancro e circa un milione deve essere considerato

guarito. È indispensabile permettere ai pazienti, soprattutto ai più giovani, di **godere di una vita libera e completa dopo la fine delle cure**. Auspichiamo che la nuova legge, che migliora l'esempio già virtuoso di altri Paesi europei, sia approvata quanto prima, entro la fine dell'anno».

Prevedere sanzioni

L'intero Gruppo di Lavoro FAVO (costituito da Maurizio Sacconi – Amici di Marco Biagi; Maurizio Campagna, Francesco De Lorenzo, Elisabetta Iannelli – F.A.V.O.; Alessandro Candido, Mauro Paladini – Università degli Studi di Milano Bicocca) valuta molto positivamente la proposta di testo di legge unificato in materia di oblio oncologico. Per gli esperti FAVO, tuttavia, è necessario intervenire con maggiore incisività sul piano dell'effettività della tutela garantita ai guariti dal cancro. «Da un lato bisogna prevedere apposite sanzioni per 'i contraenti forti' come banche e assicurazioni che continuino a discriminare – sostiene **Maurizio Sacconi** -. Dall'altro, vanno introdotte forme di risarcimento per il contraente leso. Sul fronte della vigilanza sulla corretta attuazione della legge, appare più coerente – conclude Sacconi – affidare tale responsabilità alla Banca d'Italia e all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) in relazione alle loro competenze per i comportamenti patologici di banche e assicurazioni».

quotidiano **sanità**.it

Mercoledì 05 LUGLIO 2023

Ospedale e Territorio: non integrazione ma dialogo

Gentile direttore,

in Regione Lombardia diverse sono state le “architetture organizzative” adottate per il Sistema Sanitario Regionale. Ognuna faceva seguito, di solito, ad una “Riforma” che ridisegnava ruoli e competenze.

Da diversi anni abbiamo due sigle: ATS (Agenzia Territoriale della Salute) e ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale). In queste sigle sono state concentrate, la parte programmatica (Agenzia) e quella prestazionale (Azienda). Su questa impalcatura più recentemente si sono costruite e stratificate anche le attività derivate dalla attuazione del PNRR (DM77, Legge regionale 22, Case della Comunità, etc.).

La Pandemia COVID ha messo a nudo i problemi, per anni sottaciuti, della Sanità Territoriale, quella che vede come primo presidio il Medico di Medicina Generale. L’aspettativa per il post pandemia era che questo settore doveva essere rinforzato, in quanto solo una forte presenza sanitaria sul Territorio è in grado di fare da barriera all’affollamento dei pronti soccorsi ospedalieri e alla creazione di lunghe liste di attesa.

Purtroppo, tutto questo non sta succedendo.

Al netto del ricambio generazionale non gestito della Medicina Generale, e di una rappresentanza sindacale sempre più in difficoltà a stare al passo con i tempi, da più parti si sta additando il Medico di Famiglia come uno degli ostacoli alla realizzazione di qualsiasi Riforma che possa migliorare l’attuale stato della Sanità.

In tutto questo scenario, prima dello stato giuridico dei Medici di Famiglia o di nuove strutture fisiche su territorio, forse sarebbe utile risolvere un problema centrale e prioritario: quello della “governance” della sanità territoriale.

Le normative in Lombardia avevano dato alle ASST, con la “T” finale, una competenza anche sul territorio. Ruolo che però ha fatto sempre fatica a realizzarsi, anche con la costituzione nelle ASST di un polo ospedaliero e un polo territoriale.

La “mission” delle ASST era, ed è tuttora, strettamente legata al suo ruolo di presidio ospedaliero delle acuzie e delle prestazioni specialistiche. Lo stesso Direttore Socio Sanitario, deputato a guidare il polo territoriale, scelto in maniera fiduciaria dal Direttore Generale, salvo rare eccezioni, ha avuto difficoltà a conoscere il territorio e ad intessere con esso relazioni efficaci. Per non parlare poi delle scarse risorse economiche riservate nei budget delle ASST al territorio.

Per questo motivo appare urgente e prioritario che si inizi da questo problema per mettere in moto quella operatività che al momento sembra mancare.

In generale e non solo in Lombardia, c’è la necessità di una organizzazione sanitaria territoriale con maggiore autonomia e capacità propositiva rispetto alla struttura ospedaliera. Al di là di alcuni aspetti, che in queste poche righe è difficile sintetizzare, si potrebbe prevedere la figura di un Direttore della Sanità Territoriale con un forte radicamento con il Territorio, con qualche forma di compartecipazione alla sua scelta anche da parte dei Sindaci. A questo, con una competenza a livello provinciale, potrebbero fare riferimento sia i Medici di Famiglia che altre strutture sanitarie e sociali presenti sul territorio, inclusi i distretti. Il territorio potrebbe avere quindi una sua dinamica propria, fatta di obiettivi, programmazione, budget, costruiti vicino ai

bisogni e con chi dei bisogni di cittadini è la prima interfaccia: vale a dire gli enti locali.

Solo un'organizzazione sanitaria territoriale forte, oltre ad essere in grado di dialogare con la parte ospedaliera da una posizione paritaria, potrebbe fungere da barriera al ricorso inappropriato ai servizi ospedalieri favorendo così anche lo stesso lavoro dell'ospedale.

Quindi in questa ottica appare corretto parlare non di integrazione tra Ospedale e Territorio, ma di dialogo e anche, nel caso, di confronto, essendo servizi sinergici ma su versanti differenti: l'Ospedale quello della "malattia" e il Territorio quello della "salute".

Su tutto questo sistema le ATS (o la Regione stessa) potrebbero svolgere, un lavoro di controllo, dove l'equilibrio tra Ospedale e Territorio potrebbe dare una spinta virtuosa al sistema.

Non si tratterebbe di duplicare le organizzazioni, né elaborare una nuova Riforma o tantomeno ritornare a modelli del passato. Si tratterebbe solo, facendo esperienza di quanto abbiamo vissuto con la pandemia, di un riposizionamento logico di ruoli e competenze, a tutto beneficio degli utenti. Potremmo avere uno strumento forte per mettere a terra le Riforme.

Il miglioramento della "governance" del sistema è solo il primo passo per sbrogliare quell'intreccio di problematiche insolite che sembra essere diventata la Sanità territoriale.

La definizione del "chi decide e su cosa" viene prima di altre decisioni pur importanti che però, senza una "governance" forte, corrono il rischio di disperdere le poche risorse che sono oggi a disposizione della Sanità pubblica.

Marco Magri
Medico

quotidiano **sanità**.it

Mercoledì 05 LUGLIO 2023

Per rilanciare il Ssn e realizzare l'integrazione territorio-ospedale servono reti cliniche integrate

La mancanza di un reale collegamento funzionale tra le strutture che a vario titolo operano nel Ssn rappresenta un problema cui mettere mano con urgenza. È mia convinzione infatti che senza una razionale programmazione e la definizione di precisi Pdta per la presa in carico e gestione complessiva del paziente, anche un significativo incremento del Fondo sanitario nazionale avrebbe effetti modesti sulla qualità delle cure e sulla disuguaglianza di accesso ai servizi sanitari.

L'importante contributo di Di Silverio e colleghi su QS dal titolo "[Il sovraccollamento dei pronto soccorso: analisi e prospettive della rete pubblico/privato](#)" oltre ad offrire un'analisi puntuale ed esaustiva dell'esistente in termini di presidi ospedalieri, strutture per acuti e posti letto pubblici e privati dedicati alla emergenza/urgenza, suggerisce anche delle soluzioni concrete per uscire dalla drammatica situazione di sovraccollamento dei pronto soccorso.

Gli autori, senza demonizzare le strutture private il cui ruolo è importante nell'offerta complessiva di posti letto per acuti, le richiama alle loro responsabilità. O meglio richiama alle sue responsabilità il decisore politico che, incredibilmente, ha conferito l'accreditamento per posti letto per acuzie a strutture private che erano completamente prive non solo di DEA ma anche di pronto soccorso.

Di fatto nulla è stato fatto per organizzare la rete dei servizi di urgenza ed emergenza; un modello organizzativo che rappresenta l'unico modo per coordinare funzionalmente strutture caratterizzate da diversi livelli di complessità assistenziale, non lasciando solo al pubblico l'onere e i costi complessivi sia in termini di risorse finanziarie che di personale, dei servizi di emergenza.

Se questo avvenisse, con la formalizzazione di una rete dedicata le strutture private, anche se prive di servizi di emergenza, dovrebbero comunque mettere a disposizione posti letto per i pazienti accettati nei pronti soccorso e necessitanti ricovero per acuti. Così facendo si risolverebbe in larga misura il problema dell'indecente stanziamento in PS dei pazienti barellati in attesa di posti letto disponibili.

L'implementazione delle reti cliniche per rilanciare il SSN

Vado sostenendo da molto tempo che uno dei modi possibili per rilanciare il nostro SSN e realizzare quella integrazione tra ospedale e territorio che si rincorre invano da 30 anni e più è quella di implementare le reti cliniche assistenziali, ampliandone il numero previsto nel DM70

Prendendo in considerazione un precedente intervento di Maria Maffei sul DM sugli standard ospedalieri e sul decreto di istituzione di un tavolo di concertazione ministeriale è difficile negare, come invece fa l'autore che nel nostro paese la riduzione del numero di ospedali e di posti letto sia diventato un ulteriore problema; un sottodimensionamento ormai compiuto della rete ospedaliera che crea enormi problemi e che peraltro ci pone agli ultimi posti di tutte le classifiche.

Altrettanto vero, come sostiene lo stesso che un mero incremento numerico di ospedali e posti letto senza criteri di programmazione non avrebbe senso. Specie se spinto da campanilismi come avviene in alcune regioni dove, dopo decenni, ci è stato un cambio di colore politico nell'amministrazione

Che fare per impedire duplicazioni e spezzatini assistenziali?

Cosa si dovrebbe fare allora? Sicuramente impedire spezzatini, duplicazioni e la nascita di nuovi ospedaletti privi di reparti e tecnologie come sembrerebbe avvenire in alcune realtà regionali. Sarebbe invece opportuno stressare quella parte del DM 70 o per meglio dire dell'ultima bozza disponibile che definisce e amplia le reti cliniche a partire da quella dedicata all'emergenza /urgenza le cui potenzialità assistenziali gli autori citati all'inizio del mio intervento hanno illustrato molto correttamente.

L'assistenza reticolare e distribuita in ambito regionale

E' quello delle reti un modello organizzativo ben definito sia in termini di personale dedicato che di strutture sanitarie necessarie e ordinate sulla base di livelli crescenti di complessità; dal primo livello di accesso al secondo e infine al terzo a valenza di area vasta o regionale nel caso di piccole regioni come le Marche. I nodi della rete verrebbero definiti numericamente in base alla prevalenza della patologia, della popolazione residente e delle caratteristiche del territorio e varierebbero ovviamente a seconda delle caratteristiche di ogni singola regione

Lavorare sulle reti per integrare ospedale e territorio

Lavorare sulle reti cliniche delle malattie a più ampia prevalenza (malattie immuno- allergiche, cardiologiche, degenerative, metaboliche, onco-ematologiche, cerebrovascolari, disabilità punti nascita etc), potrebbe essere il modo per riuscire dove finora si è sempre fallito: integrare realmente cure primarie e assistenza ospedaliera e questo sia per il trattamento/gestione delle patologie acute, a rapida soluzione, e sia per quelle croniche di lunga durata e maggiore estensività assistenziale.

I MMG e gli specialisti ambulatoriali come punto di accesso

In questo approccio le cure primarie, intese come case della comunità in cui operano MMG e specialisti ambulatoriali, rappresenterebbero il punto di accesso della rete e presa in carico del paziente con una determinata patologia e la sua gestione complessiva verrebbe definita attraverso specifici PDTA. Il paziente dunque non dovrebbe più cercarsi da solo il luogo di cura, laddove ci fosse necessità di un livello superiore, ma sarebbe inserito in un percorso assistenziale trasparente, certo ed efficiente.

Adottando tale principio basterebbe definire dieci reti cliniche integrate con i punti di accesso e primo livello correttamente distribuiti per razionalizzare il sistema e integrare case delle comunità e ospedali, evitando sotto e sopra dimensionamento come sembrerebbe avvenire in alcune regioni come le Marche.

Un modo per dare dignità al lavoro medico dando valore al contributo di tutti gli operatori in quanto inseriti in un percorso che hanno contribuito a realizzare e modificare dopo le opportune successive verifiche.

Il ruolo di Agenas e la responsabilità delle regioni.

Il lavoro generale di programmazione del sistema delle reti dovrebbe essere affidato all'Agenas con l'attiva partecipazione della commissione salute della conferenza delle regioni, mentre la effettiva implementazione sarebbe di responsabilità regionale.

Parlo di responsabilità perché in caso di inadempienza la regione verrebbe penalizzata per quanto riguarda il trasferimento delle risorse vincolate a progetti.

Considerazioni conclusive

Per concludere e tornando all'articolo di Di Silverio e colleghi è evidente come la mancanza di un reale collegamento funzionale tra le strutture che a vario titolo operano nel SSN rappresenta un problema cui mettere mano con urgenza.

E' mia convinzione infatti che senza una razionale programmazione e la definizione di precisi PDTA per la presa in carico e gestione complessiva del paziente, anche un significativo incremento del Fondo

sanitario nazionale avrebbe effetti modesti sulla qualità delle cure e sulla disuguaglianza di accesso ai servizi sanitari.

Roberto Polillo

quotidiano **sanità**.it

Mercoledì 05 LUGLIO 2023

A rischio l'operatività dei Pronto soccorso privati

Gentile Direttore,

[l'articolo su questo giornale](#) di una qualificata rappresentanza della Dirigenza ANAAO (Il sovraffollamento dei pronto soccorso: analisi e prospettive della rete pubblico/privato), sui problemi del Pronto Soccorso fornisce un'immagine chiara di questo pezzo particolarmente critico del Sistema Sanitario, definendo anche qual è, e quale potrebbe essere, il contributo del privato. Per uno dei punti analizzati, si potrebbe partire dall'esperienza del Lazio e riproporla dovunque perché può garantire quel supporto al Sistema dei Pronto Soccorso che deve venire dalle Case di Cura prive di questi servizi, di cui viene detto "...che dunque sono autorizzati a sottrarsi al circuito di emergenza/urgenza...".

In questa regione dal 2016 un accordo Regione-AIOP/ARIS prevede che per alcune specialità una alta percentuale di ricoveri siano destinati a pazienti provenienti dai Pronto Soccorso, pubblici e privati: si va dal 60% di Cardiologia, Gastroenterologia e Neurologia, al 75% di Medicina, Geriatria e Pneumologia. Questo ha consentito che i trasferimenti per mancanza Posto Letto da Pronto Soccorso a Casa di Cura Accreditata siano passati da 9.000, prima dell'accordo, a 23.000 nel 2022! Peraltro, almeno per i Reparti di Medicina, ovunque si sono raggiunte percentuali superiori al 90%. Per quanto riguarda invece il contributo all'attività di Pronto Soccorso del privato, considerando in quest'ambito strutture Classificate, Accreditate ed IRCSS Privati, la situazione è totalmente diversa nelle varie regioni:

ACCESSI IN DEA/PRONTO SOCCORSO PUBBLICI E PRIVATI 2020					
	pubblici	%	privati	%	totale
ITALIA	11.681.745	90,3	1.252.480	9,7	12.934.225
LAZIO	821.575	69,0	369.463	31,0	1.191.038
LOMBARDIA	1.751.526	79,6	449.738	20,4	2.201.264
ALTRE REGIONI	9.108.644	95,5	433.279	4,5	9.541.923

Nel Lazio considerando solo la città di Roma sale al 40% la percentuale di chi giunge in strutture private e tra queste, fatto salvo il Policlinico Umberto I che ha anche 5 Pronto Soccorso Specialistici, ci sono le tre col numero più elevato di accessi: Casilino, Bambino Gesù e Gemelli.

E' noto quali siano oggi le criticità dei Pronto Soccorso, difficoltà operative come il boarding, rischi Medico-Legali ed anche fisici per gli operatori, ritmi e tempi di vita particolarmente gravosi e difficili da rendere compatibili con quelli di chi fa un lavoro diverso, "normale". Questo comporta un gran numero di fughe di Medici ed Infermieri dal Pronto Soccorso con quasi l'impossibilità di sostituire chi va via. E in tutto questo non ci sono differenze tra strutture pubbliche e private!

Appare evidente come oggi, in particolare nel Lazio ed in Lombardia, non sia neppure pensabile rinunciare al contributo dei privati: il sistema non reggerebbe. Eppure la questione è all'ordine del giorno, perché la scelta del Governo col "Decreto bollette", a differenza di quanto previsto ad esempio per il COVID, e delle Regioni di limitare alle strutture pubbliche una serie di benefici economici, peraltro doverosi, può creare a breve tra Pronto Soccorso pubblici e privati, che già lamentano una gravissima carenza di Medici, differenze tali da mettere in discussione l'operatività di questi ultimi. Poiché non si tratta di benefici contrattuali, ma di provvedimenti legati alla specificità di questi servizi, l'auspicio è che Governo e Regioni rivedano le loro posizioni trovando il modo di estendere a tutti di DEA e Pronto Soccorso questi benefici, proprio per "...inaugurare una prospettiva di rapporto pubblico/privato con la creazione di una rete territoriale pubblico/privato di emergenza/urgenza..." di cui parlano i colleghi dell'ANAAO.

Adolfo Pagnanelli

Medico di Pronto Soccorso – Roma

Addio al colesterolo cattivo con due iniezioni all'anno. Ecco come funziona e per quali pazienti è indicato

L'esperto: «Può aiutare i pazienti a dimezzare i livelli di colesterolo "cattivo" LDL nel sangue e a mantenerli stabili nel tempo»

di Isabella Faggiano



Solo quattro persone su 10 riescono a tenere a bada il colesterolo cattivo con le cure convenzionali. Ma ora c'è una buona notizia anche per il restante 60%: si chiama Inclisiran ed è un farmaco rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale. «Quando l'ipercolesterolemia ha una base genetica è più difficile che risponda in modo adeguato ai trattamenti standard – spiega il professore **Marcello Arca**, past-president della Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi (SISA). Più in generale, gli obiettivi fissati dalle linee guida, ovvero valori di LDL al di sotto dei 55 mg/dl, non sono semplici da raggiungere in tutti i pazienti», aggiunge il professore Marcello Arca.

Colesterolo alto e rischio cardiovascolare

Ma tenere i livelli di **colesterolo nel sangue** entro il range consigliato è la prima arma di prevenzione contro le malattie cardiovascolari. «Queste patologie, in Italia, sono la prima causa di morte – dice il professore **Furio Colivicchi**, past-presidente dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) -. E l'ipercolesterolemia è l'elemento centrale del loro sviluppo».

Inclisiran, come agisce

«Inclisiran – continua Colivicchi – può aiutare i pazienti a **dimezzare i livelli di colesterolo “cattivo”** LDL nel sangue e a mantenerli stabili nel tempo». Inclisiran interferisce con l'RNA (materiale genetico) per limitare la produzione di PCSK9, una proteina in grado di aumentare i livelli di colesterolo LDL. «Impedendo la produzione di PCSK9 – aggiunge Arca – il farmaco favorisce la riduzione dei livelli di colesterolo LDL».

Chi può assumerlo

Il farmaco può essere prescritto, in aggiunta alle terapie convenzionali, a chi non risponde adeguatamente ai trattamenti. «I pazienti eleggibili sono quelli ad alto rischio cardiovascolare – dice il past-president della SISA -. Il farmaco può essere prescritto da medici specialisti ed è **erogato in convenzione con il Sistema sanitario Nazionale**».

Inclisiran è un farmaco biologico, innovativo e «come dimostrato dagli studi scientifici – aggiunge Colivicchi – anche sicuro».

Come e quando assumerlo

Tempi e modalità di somministrazione sono un altro indiscutibile vantaggio. «Inclisiran dovrà essere **somministrato solo due volte all'anno**, ogni sei mesi, per via sottocutanea», dice Arca. La somministrazione andrà effettuata in ospedale sotto la supervisione medica. «Somministrare il farmaco in ospedale – sottolinea Colivicchi – significa avere un controllo totale sull'aderenza terapeutica. E avere la sicurezza che il paziente assuma correttamente il farmaco, si traduce nella certezza che per i successivi sei mesi la colesterolemia di quel soggetto sarà dimezzata e il suo rischio cardiovascolare – conclude il professore – notevolmente ridotto».

Disturbi dello spettro autistico: Nico Acampora (PizzAut) nominato dall'Europarlamento "Cittadino europeo dell'anno 2023"

Fondatore del progetto rivolto a ragazzi con disturbi dello spettro autistico, Acampora ha un obiettivo: «Costruire occasioni e opportunità che restituiscano loro autonomia e dignità»

di Federica Bosco



Con il suo progetto **"PizzAut nutrire l'inclusione"** Nico Acampora, fondatore delle prime pizzerie al mondo gestite interamente da personale con disturbi dello spettro autistico, a Cascina de Pecchi alle porte di Milano è diventato un modello di imprenditoria sociale in Italia e nel mondo, tanto da guadagnarsi il titolo di Cittadino **europeo dell'anno 2023**.

Verso una nuova autonomia per i ragazzi con disturbi dello spettro autistico

Il premio, assegnato **dall'Europarlamento** e destinato a iniziative imprenditoriali che incoraggiano **l'integrazione** e la **cooperazione** transfrontaliera per il fondatore di **PizzAut** è motivo di orgoglio ma anche di stimolo. «Costruire occasioni e opportunità che restituiscono autonomia e dignità, questo il messaggio che voglio lanciare alle istituzioni – dice visibilmente commosso Nico nel commentare il prestigioso premio ricevuto -. È impensabile che questi ragazzi non possano frequentare la scuola perché manca personale di sostegno, che non possano immaginare una propria autonomia anche lavorativa perché mancano le strutture per avvicinarli al mondo del lavoro e la

volontà di inserirli in contesti lavorativi». Questo premio vuole essere perciò un faro per illuminare la strada verso una **nuova autonomia** per i ragazzi con disturbi dello spettro autistico

Disturbo dello spettro autistico in Europa

Sono oltre **6 milioni** le persone affette da disturbi dello spettro autistico in Europa, un bambino ogni **89 nati**. Numeri in costante crescita che necessitano di attenzione perché «Troppo spesso senza diritti e dimenticate dalla società – ricorda Acampora -. Su **600 mila persone autistiche** in Italia **lavora meno del 2%** – fa notare il fondatore di PizzAut -. Le aziende italiane che hanno l'obbligo di assumere una persona diversamente abile su 15, piuttosto pagano multe, anziché attenersi alla legge. Non solo, quando le assumono nella maggior parte dei casi scelgono persone con disabilità fisiche, mai cognitive e relazionali come l'autismo. Questo perché l'autismo mette in discussione le persone, le aziende e ciascuno di noi. Ma aiuta a crescere». Lo sa bene Nico Acampora che fa di questa battaglia, dapprima familiare – per dare un futuro al figlio con disturbi dello spettro autistico – ed oggi imprenditoriale, il suo leitmotiv.

Il modello PizzAut: 35 dipendenti e un'accademia

«I ragazzi autistici sono lavoratori straordinari – aggiunge – la pizza è buonissima, tanto che siamo stati anche menzionati tra le dieci pizzerie più buone di Milano e provincia. I nostri ristoranti sono sold out fino a fine settembre». Un'azienda dunque consolidata che oggi dà lavoro a 35 ragazzi con disturbi dello spettro autistico. Non solo, per formare il personale il fondatore di PizzAut ha creato anche un'accademia che ospita **150 futuri pizzaioli e camerieri di sala**, tutti con disturbi dello spettro autistico. «Non tutti i nostri ragazzi fanno lo stesso lavoro – spiega Acampora -. C'è chi è portato per stare a contatto con i clienti e chi invece è più creativo e dunque si trova meglio in cucina. Nel percorso di formazione oltre ad insegnare cerchiamo di capire anche qual è la loro giusta collocazione».

Dal Presidente della Repubblica al Papa, fino al Parlamento Europeo

Negli anni PizzAut si è distinta anche per aver avuto tra i suoi clienti personaggi illustri: dal **Presidente della Repubblica Sergio Mattarella**, fino a **Papa Francesco**. «Ognuno di questi personaggi ha ricevuto una pizza personalizzata – ricorda -. La fantasia dei nostri ragazzi ha permesso di creare accostamenti curiosi, a volte bizzarri, ma assolutamente insuperabili nel gusto tanto che la nostra pizza si è guadagnata il titolo di più buona della galassia conosciuta». Sorride il papà di PizzAut che il prossimo **7 novembre** sarà a **Bruxelles** per ricevere il premio di **cittadino europeo dell'anno** e, per

Sindrome di Cushing, nuovo principio attivo efficace come il bisturi

Svolta nella cura della sindrome di Cushing, la malattia provocata dall'eccesso di produzione di cortisolo da parte dell'ipofisi, causata da un tumore benigno della ghiandola. Chiamata la malattia della "faccia a luna piena" perché ha, tra i suoi effetti più visibili, un arrotondamento del viso dovuto a un accumulo di grasso e un aumento di [...]

di Redazione



Svolta nella cura della sindrome di Cushing, la malattia provocata dall'eccesso di produzione di cortisolo da parte dell'ipofisi, causata da un tumore benigno della ghiandola. Chiamata la malattia della "faccia a luna piena" perché ha, tra i suoi effetti più visibili, un arrotondamento del viso dovuto a un accumulo di grasso e un aumento di peso, molto evidente anche su girovita e schiena, per combatterla c'è un nuovo farmaco, principio attivo osilodrostat, approvato nel 2020 dalla Food and Drug Administration e a gennaio scorso dall'Aifa che ne ha stabilito la rimborsabilità, che ha gli stessi effetti del bisturi nei pazienti non idonei all'intervento, e ha ridotto i sintomi nell'80% dei casi. La malattia era quasi sconosciuta fino a quando, nel gennaio scorso, è emersa l'ipotesi che a soffrirne fosse Vladimir Putin. Poi è tornata nell'ombra perché, tanto visibile per i sintomi altamente invalidanti, quanto poco nota agli stessi operatori sanitari e all'opinione pubblica.

Per questo, è stata lanciata #Thiscushing, una campagna di sensibilizzazione, al fine di diffondere la conoscenza della sindrome, che ha fatto tappa a Roma, al Congresso della Società italiana di Endocrinologia (SIE) appena concluso con una mostra fotografica. Gli

scatti esposti rappresentano momenti di vita quotidiana delle persone con sindrome di Cushing e delle loro difficoltà. Ma la strada per educare e accelerare le diagnosi è ancora lunga. Da qui, l'appello da parte degli esperti Sie per l'inserimento al più presto della malattia nell'elenco delle patologie rare riconosciute dal Ministero della Salute. La lista dei sintomi di chi soffre della sindrome di Cushing è lunga: per alcuni di loro è difficile anche allacciarsi le scarpe o semplicemente alzarsi dal letto, per altri fare quattro passi significa appoggiarsi alla parete. Ma presenta sintomi anche molto comuni, come il colesterolo alto, l'ipertensione e l'iperglicemia, che possono essere confusi con le manifestazioni di altre patologie meno gravi e complesse. Tutto ciò comporta ritardi nella diagnosi fino a 5-7 anni.

“In Italia sono circa 3000 i pazienti, oltre 50mila in Europa, per tre quarti donne giovani fra i 20-30 anni, che hanno ricevuto la diagnosi di questa patologia rara, determinata da un eccesso dell'ormone cortisolo – spiega Annamaria Colao, presidente della Sie, docente ordinario di Endocrinologia all'Università di Napoli Federico – Chi ne soffre è spesso costretto a ricorrere all'intervento chirurgico, asportando il tumore all'ipofisi. In caso di insuccesso o quando il paziente non è candidabile all'intervento, è possibile passare alla terapia farmacologica”.

Tumore alla prostata per un uomo su sette: combattere le complicanze per tornare a vivere dopo la malattia

Incontinenza urinaria e deficit erettili si presentano nella quasi totalità dei casi ed impattano drammaticamente sulla qualità della vita, ma la presa in carico è ancora inefficace. I dati della ricerca di Fondazione Onda

di Chiara Stella Scarano



Il **tumore alla prostata** è una delle neoplasie più diffuse nella popolazione maschile sopra i 50 anni, e colpisce circa un uomo su sette in Europa. Nonostante i tassi di sopravvivenza a 5 anni per questo tipo di tumore siano particolarmente elevati, il paziente, a seguito dell'intervento chirurgico, presenta un **altissimo tasso di complicanze funzionali** quali **incontinenza urinaria e disfunzione erettile**. Si tratta di problematiche che impattano fortemente sulla qualità della vita ma su cui, ancora oggi, non vengono date risposte sufficienti a livello di formazione e presa in carico. Solo alcuni centri specializzati, infatti, prevedono percorsi dedicati per il paziente operato di carcinoma prostatico, e la possibilità di identificare le soluzioni terapeutiche più appropriate e all'avanguardia, secondo un approccio olistico che si sposta dalla malattia alla persona nel suo complesso.

Il progetto di Fondazione Onda

Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, ha realizzato un progetto che ha l'obiettivo di indagare il tema delle complicanze funzionali della chirurgia prostatica presso i pazienti e gli urologi, ed ha presentato oggi in conferenza stampa i **risultati di due ricerche**, condotte in collaborazione con Elma Research: una quantitativa sui pazienti per comprenderne il vissuto e le aspettative, e una qualitativa sugli specialisti urologi per esplorarne il grado di conoscenza, percezione ed esperienza.

L'indagine su pazienti e specialisti

La ricerca sui pazienti operati ha evidenziato che **l'81% degli uomini sottoposti a chirurgia prostatica** ha sofferto di **complicanze funzionali post-operatorie** (incontinenza, deficit erettile o entrambe) e che nel **57% dei casi queste complicanze persistono oltre i tempi fisiologici di ripresa**, stimata in circa un anno. Circa il **14% dei pazienti non ha mai parlato di queste complicanze** con il proprio urologo, e il **33% dei pazienti con incontinenza urinaria e il 35% dei pazienti con disfunzione erettile non è stato sottoposto ad alcun trattamento** per farvi fronte, con ripercussioni gravi e talvolta psicologicamente drammatiche sulla qualità della vita.

Importare il modello femminile di gestione della patologia oncologica

«Le complicanze funzionali sono una tappa quasi obbligata cui il paziente operato di tumore alla prostata deve affrontare – commenta **Carlo Bettocchi, Direttore USD di Andrologia e Chirurgia Ricostruttiva dei genitali esterni presso il Policlinico Riuniti di Foggia** -. Il problema è che non tutti gli ospedali offrono un percorso riabilitativo e la situazione è, come accade per molti altri tipi di presa in carico, a macchia di leopardo sul territorio italiano. E dobbiamo considerare che la chirurgia protesica è solo l'ultima spiaggia, sia perché è un intervento di nicchia, su cui c'è poca formazione, sia perché i suoi costi esorbitanti a carico delle strutture sanitarie contribuiscono a disincentivarla. Il problema sulla riabilitazione post operatoria è anche di tipo culturale: quanti sono oggi i colleghi urologi che prospettano al paziente la possibilità di farsi affiancare da uno psicologo? Eppure la depressione è una delle conseguenze più frequenti e temibili per i pazienti che vanno incontro a complicanze funzionali, perché queste ultime impattano sulla vita sociale, di relazione e sessuale. L'ideale sarebbe importare il modello di presa in carico globale realizzato efficacemente per le donne con tumore al seno».

Il diritto al “non oblio”

«Oggi si parla, giustamente, del diritto all'oblio per i pazienti oncologici – interviene **Roberto Carone, Presidente Emerito Fondazione Italiana Continenza** – ma io voglio lanciare una provocazione e sottolineare l'importanza del non oblio oncologico: si fa tanto per gli screening, la diagnosi precoce, la presa in carico con la terapia e i risultati. Ma dopo, la riabilitazione? Siamo focalizzati sull'obiettivo, che è la rimozione della neoplasia, ma non dobbiamo tralasciare la riabilitazione e le complicanze, altrimenti avremo sì pazienti guariti dal tumore, ma con una qualità di vita fortemente impattata. La recente riattivazione del Tavolo ministeriale sull'incontinenza ha l'obiettivo di creare una rete integrata in tutte le Regioni, già attiva oggi in Piemonte e in Veneto, e alle griglie di partenza nel Lazio. I centri devono attivare sinergie reali tra le strutture urologiche, i servizi di andrologia e di urologia funzionale».

Far fronte alle ricadute su salute mentale

«Come fondazione che si occupa di attività di sensibilizzazione su tematiche relative alla medicina di genere – conclude **Francesca Merzagora, Presidente Fondazione Onda** – riteniamo opportuno che il modello di presa in carico attivato per le patologie oncologiche femminili possa e debba fare scuola. E a proposito delle connessioni tra le complicanze per i pazienti operati di carcinoma prostatico e il rischio di depressione, il nostro gruppo parlamentare che si occupa di salute mentale potrebbe inserire queste evidenze in un documento da sottoporre alle istituzioni, sperando che anche alla luce dei fondi del PNRR, qualcosa si muova in tal senso».

Malattie delle valvole cardiache sottostimate fra gli anziani: sono tre volte più frequenti

Lo rivela PREVASC, il primo studio italiano real life. Esperti SICGe: «Screening cuore è salvavita come per i tumori: 150mila decessi evitabili. Urgenti interventi mirati a livello nazionale per estendere diagnosi precoce a tutti gli over 65»

di Redazione



Le malattie delle valvole cardiache, principalmente stenosi aortica e insufficienza mitralica, sono una minaccia sommersa: poco note agli stessi pazienti, sottovalutate e sottodiagnosticate – pur se facilmente rivelabili con una visita cardiologica e un ecocardiogramma – colpiscono nelle forme lieve e moderata, circa un anziano su tre, con una frequenza tre volte più alta rispetto a quella del 10-12% fino ad oggi stimata. A rivelarlo, sono i risultati preliminari del primo **screening cardiologico per le patologie valvolari** mai realizzato in Italia, condotto dalla Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (SICGe) nell'ambito dello studio PREVASC, che mira a stimare la prevalenza e la gravità di cardiopatie molto diffuse nella popolazione anziana (fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, malattie valvolari), per l'identificazione precoce di problemi cardiaci.

Lo studio

Lo studio ha coinvolto **circa 1200 over 65 in dieci “borghi del cuore”**, piccoli comuni con meno di 3mila abitanti di diverse regioni italiane, sottoposti a visita cardiologica, con elettrocardiogramma (ECG) ed ecocardiogramma. Quanto riscontrato nell’indagine dimostra che attività di screening mirate sono fondamentali per far emergere patologie latenti e, quindi, una diagnosi precoce diretta non soltanto a ridurre i danni ma anche la mortalità e i notevoli costi sociali e previdenziali correlati. Per questo medici ed esperti richiamano l’attenzione delle istituzioni sull’importanza di garantire azioni efficaci di prevenzione nella popolazione anziana, attraverso screening cardiologici ‘salvavita’ come per i tumori. L’adozione di programmi strutturati di prevenzione consentirebbe infatti – nel caso delle patologie valvolari – di evitare circa 150mila decessi a cui possono andare incontro coloro che soffrono di forme gravi se non identificate precocemente o trascurate.

I risultati

«Negli ultimi 50 anni, l’aspettativa di vita media in Italia è aumentata di oltre 10 anni, per cui le malattie cardiache che prima avevano una bassa prevalenza, ora sono più rilevanti. La prevenzione è dunque fondamentale per salvaguardare qualità e durata della vita della popolazione anziana. Però bisogna agire in tempo. Da qui l’idea di avviare uno screening cardiologico sulla popolazione anziana, nella quale i problemi cardiaci sono la prima causa di morte e disabilità – dice **Niccolò Marchionni**, presidente della Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (SICGe) – Lo studio PREVASC (PREvalenza malattie cardioVAScolari) ha lo scopo di fotografare lo stato di salute del cuore degli italiani over 65”, aggiunge Marchionni. “Dai dati raccolti nell’indagine conclusa a maggio su un campione di circa mille anziani in dieci piccoli comuni con meno di 3mila abitanti distribuiti su tutto il territorio nazionale, si osserva una prevalenza di circa il 30% di patologie valvolari nelle forme lieve e moderata, tre volte più alta rispetto a quella stimata fino ad oggi del 10-12%, con un’alta percentuale di ipertesi (83%), 19% di diabetici e 56% di dislipidemicici. Tutte nuove diagnosi con sintomi silenti e fattori di rischio per cui gli anziani esaminati non erano in trattamento, in grado di generare negli anni successivi patologie cardiache clinicamente rilevanti. In particolare, anomalie della valvola aortica sono risultate complessivamente presenti nel 27% e quelle della valvola mitralica nel 34% dei soggetti osservati».

L’importanza della diagnosi precoce

«La valenza davvero unica dello studio PREVASC è quella di aver fatto emergere vizi valvolari latenti che, se non diagnosticati precocemente e seguiti nel tempo, nel 10% dei casi rischiano di evolvere, nell’arco di 4-5 anni, in forme gravi che possono diventare fatali nella metà dei pazienti – osserva **Alessandro Boccanelli**, vicepresidente della SICGe e coordinatore dello studio PREVASC – Tutto questo ha gravi conseguenze per i pazienti, con una stima di 150mila decessi evitabili grazie all’adozione di programmi

strutturati di screening 'salvavita' come per i tumori mammario, colon-rettale e della cervice uterina. Ciò permetterebbe un aumento del numero delle diagnosi dall'attuale 25% al 60%, consentendo di intervenire precocemente in modo da aumentare la probabilità di sopravvivenza. Una diagnosi tempestiva di queste patologie è possibile – prosegue Boccanelli – con un processo diagnostico non complesso, basta auscultare il cuore con un fonendoscopio e, nel caso si identifichi un sospetto, procedere a successivi esami più semplici come un elettrocardiogramma o più approfonditi, come un ecocardiogramma. Purtroppo questa pratica non è inclusa tra i controlli effettuati nella normale routine medica. Queste patologie – rimarca l'esperto – soffrono pertanto di una debolezza a livello diagnostico, con un importante impatto anche dal punto di vista economico se si considera che, da un recente studio sui dati INPS del CEIS di Tor Vergata, emerge una spesa previdenziale di 29 milioni di euro l'anno».

Diagnosi precoce delle cardiopatie

«Su questi presupposti, SICGe intende impegnarsi nel proporre di applicare su scala più ampia il progetto PREVASC, ossia promuovere un modello di programma di diagnosi precoce delle cardiopatie esteso e strutturato, che possa raggiungere l'intera popolazione over 65 a livello nazionale», sottolineano Marchionni e Boccanelli. «Lo studio PREVASC, condotto dalla Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (SICGe) rappresenta un significativo esempio di progetto di prevenzione sul territorio – dice l'Onorevole **Annarita Patriarca**, membro della XII Commissione Affari Sociali presso la Camera dei Deputati – i dati dello studio sono un campanello d'allarme che non possiamo ignorare sullo stato di salute del cuore degli anziani. Con i colleghi della Commissione mi impegnerò per fornire risposte concrete e strutturate sui bisogni evidenziati in termini di prevenzione delle patologie cardiache degli anziani. In questa prospettiva gli screening di comunità sembrano costituire una strategia intelligente e da studiare a fondo per evitare decessi e provare a garantire un invecchiamento sereno agli over 65»

Se la popolazione invecchia

«Il cambiamento demografico impone una riflessione più compiuta sulle attività di prevenzione delle cardiopatie degli anziani – commenta **Ugo Cappellacci** Presidente della XII Commissione Sanità della Camera dei Deputati -. I dati dello studio PREVASC diffusi oggi dalla Società Italiana di Cardiologia Geriatrica spingono il legislatore a considerare gli screening cardiologici dell'anziano come un'interessante opportunità per salvare vite umane e rendere l'invecchiamento attivo un'effettiva realtà. Mi impegnerò per intraprendere un percorso con le società scientifiche di cardiologia rivolto ad approfondire i dati emersi al fine di rendere strutturali i percorsi di prevenzione delle malattie cardiache in un contesto di sostenibilità per il SSN»

Malattie cardiache: una pandemia silente

«Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte in Europa e tuttora la prima di ricovero e di accesso agli ambulatori. E l'invecchiamento progressivo della popolazione rende ancora più allarmante la situazione, perché il rischio di sviluppare malattie cardiache cresce proporzionalmente con l'età – dice **Fulvio Colivicchi**, Past President dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e Vicepresidente Federazione Italiana Società Mediche (FISM) – . L'allungamento dell'aspettativa di vita ha già determinato un'evoluzione epidemiologica significativa delle cardiopatie legate all'invecchiamento fisiologico del cuore, come la fibrillazione atriale, lo scompenso cardiaco e, le malattie degenerative delle valvole. Tutte patologie rilevanti in termini di costi e impegno organizzativo, perché complesse da gestire e in quanto costituiscono una condizione di cronicità e comorbidità frequente negli anziani, e che frequentemente impegna i pronto soccorso divenendo anche una sfida gestionale nell'equilibrio di un ospedale sempre più in prima linea nell'assistenza sul territorio. – osserva Colivicchi – È ora di intervenire tempestivamente: l'adozione di percorsi di screening mirati sulle fasce di popolazione più a rischio non è solo uno strumento efficace per contrastare l'insorgenza e la progressione di queste malattie, ma può avere un ruolo anche nell'attuazione di una presa in carico strutturata dei pazienti. In assenza di interventi preventivi opportuni a livello nazionale, queste patologie- conclude Colivicchi – sono destinate ad assumere sempre più carattere emergenziale delineandosi come una vera pandemia silente».

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Al via “Laboratorium”, piattaforma Iss-G20 per la formazione

PS panoramasanita.it/2023/07/05/al-via-laboratorium-piattaforma-iss-g20-per-la-formazione/



A disposizione degli operatori di tutto il mondo; primo corso su Epidemic Intelligence

Con il primo corso dedicato all'Epidemic Intelligence, prende pienamente avvio la piattaforma Laboratorium realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e messa a disposizione degli operatori di salute di tutto il mondo per potenziare le

conoscenze e le competenze nella prevenzione, preparazione e risposta alle crisi sanitarie. L'iniziativa è stata lanciata a marzo 2021 nell'ambito del Gruppo di Lavoro Salute del G20, ed è stata riconosciuta nella Dichiarazione dei Ministri della Salute e dei Leader del G20 sottoscritta a Roma a settembre 2021.

*“La pandemia – spiega il **presidente dell'Iss Silvio Brusaferrò** – ha dato la spinta per rafforzare le competenze necessarie agli operatori sanitari per affrontare le sfide future della salute pubblica. Durante la presidenza italiana del G20, l'Iss ha lanciato il programma ‘Laboratorium’ per lo sviluppo di strumenti di training adatti alla formazione a distanza in qualunque contesto”.*

La piena operatività del Laboratorium anticipa l'incontro ospitato dall'ISS il 6-7 luglio per la terza riunione del Comitato Direttivo della ‘Public Health and Emergency Workforce Roadmap’, lanciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sempre in occasione della Presidenza italiana del G20 del 2021 per assicurare un personale sanitario formato e adeguato per assicurare le funzioni essenziali di sanità pubblica a livello globale.

Al Laboratorium si accede dal [sito Iss](#)

La piattaforma

La piattaforma Laboratorium è stata orientata allo sviluppo di strumenti di formazione adatti all'apprendimento degli adulti. La piattaforma contiene corsi di formazione e aggiornamento professionale progettati a partire dall'integrazione di metodologie

formative basate sulle competenze (CBE – Competency Based Education) e sui problemi (PBL – Problem Based Learning), adattandole al contesto e-Learning. [Per accedere ai corsi e-Learning_.](#)

Oltre ai corsi di formazione a distanza, la piattaforma contiene anche un Repository che permette di accedere pubblicamente a strumenti e documenti formativi selezionati da fonti autorevoli inerenti i temi core di salute pubblica. Al Repository si accede dal link <https://www.iss.it/it/web/laboratorium-repository>. Il Repository è stato pensato non solo per gli operatori professionali ma anche per i cittadini, e si configura come uno strumento di formazione per il personale sanitario, raccogliendo dati da diverse fonti, aggiornati e approvati quotidianamente. L'aggiornamento avviene tramite uno strumento di ricerca web automatizzato. L'obiettivo è porsi come un unico centro di raccolta di contenuti utili per l'apprendimento, guidato da un approccio per obiettivi formativi e con lo scopo di colmare i gap di conoscenza.

Il corso sul Epidemic Intelligence

L'obiettivo del primo corso e-Learning del Laboratorio, è fornire ai partecipanti la capacità di valutare il potenziale utilizzo e l'applicabilità a livello di ciascun paese di sistemi di Epidemic Intelligence, ponendo un focus sulla sorveglianza basata sugli eventi per la prevenzione e l'allerta precoce di potenziali rischi in sanità pubblica. Il corso è stato realizzato da ISS in collaborazione con WHO, ECDC, e CDC statunitense, è in lingua inglese, erogato in modalità asincrona, a bassa interazione, fruibile dalla piattaforma e-learning EDUISS (<https://eduiss.it>), per tutti gli operatori di salute pubblica.

Locatelli: “Fondamentale piena attuazione Progetto di vita per superare frammentazioni”

PS panoramasanita.it/2023/07/05/locatelli-fondamentale-piena-attuazione-progetto-di-vita-per-superare-frammentazioni/



Il Ministro per le Disabilità in Aula alla Camera ha risposto ad un'interpellanza nell'Aula della Camera sull'accesso alle prestazioni sociali agevolate da parte dei minori con disabilità

“Il fulcro di tutto sarà, da adesso per il futuro, il progetto di vita, l'integrazione di tutte le attività e i servizi di cura, intesa non solo come mere prestazioni, ma come presa in carico ed accompagnamento alla vita adulta della persona”. Così il

Ministro per le Disabilità Alessandra Locatelli, rispondendo ad un'interpellanza nell'Aula della Camera sull'accesso alle prestazioni sociali agevolate da parte dei minori con disabilità e in particolare l'accesso agli specifici interventi a sostegno dei minori in condizione di disabilità grave e gravissima. “Il tema delle risorse è centrale – ha spiegato -. L'impegno deve essere massimo da parte del governo, delle Regioni, degli ambiti territoriali e dei Comuni, perché siamo tutti coinvolti per cercare di dare una dignità e una qualità della vita migliore a tutte le persone, soprattutto a quelle più fragili”. “La garanzia delle prestazioni – ha aggiunto il Ministro – passa anche da una riorganizzazione e razionalizzazione delle risorse. Molti interventi domiciliari e di supporto, che oggi sono attivati ricorrendo solo e esclusivamente alle risorse del Fondo Nazionale per le non autosufficienze e collegati a singoli finanziamenti e requisiti economici di accesso, in futuro, con il progetto di vita individuale, che stiamo disciplinando in attuazione delle legge delega in materia di Disabilità, potranno essere indicati, nel progetto stesso, come necessari rispetto al bisogno di sostegno cui si deve rispondere e strutturati e garantiti attraverso il cosiddetto “budget di progetto”.

Sorrentino (Fp Cgil): Domande ancora senza risposte

PS panoramasanita.it/2023/07/05/sorrentino-fp-cgil-domande-ancora-senza-risposte/



“Finanziare rinnovo contratto e affrontare nodi sistema classificazione e blocco a salario accessorio”

“Abbiamo posto quesiti precisi al ministro ma non abbiamo avuto risposte, se non che i temi verranno approfonditi e ci saranno successivi incontri”. Lo scrive in una nota Serena Sorrentino, Segretaria generale Funzione pubblica Cgil, a seguito

dell'incontro con il Ministro della Salute Orazio Schillaci. “Un nodo importante è quello del rinnovo del contratto collettivo nazionale sia per il settore pubblico che per i privati. In particolare nel settore pubblico, tenuto conto che questa è l'ultima legge di Bilancio che potrebbe finanziare il Ccnl 22-24 e che nei due anni antecedenti non è stata accantonata neanche l'indennità di vacanza contrattuale, registriamo che concretamente ad oggi c'è un blocco della contrattazione per noi irricevibile”, ha osservato Sorrentino. “Il ministro ha dichiarato che è in corso un confronto tra ministero della Salute e Mef, ma non sono state date cifre. Insieme alle questioni legate al salario occorre affrontare anche altri nodi che per la Cgil sono importanti per la valorizzazione degli operatori sanitari: il rifinanziamento delle risorse necessarie affinché il nuovo sistema di classificazione dia risposte a tutti i lavoratori della sanità a partire dagli incarichi professionali, uno strumento di valorizzazione molto importante che però rischia di essere depotenziato dalle scarse risorse e che va esteso a tutte le aree di attività. La seconda è il tetto al salario accessorio, che chiediamo di rimuovere. Far crescere le retribuzioni in maniera sostenuta, vista l'inflazione che corre a due cifre, è la priorità. Quanto alle politiche per l'occupazione – ha proseguito la Segretaria generale Fp Cgil – chiediamo un potenziamento delle assunzioni nella sanità. I problemi strutturali possono essere affrontati per tempo, al di là delle misure di emergenza: su questo ribadiamo la nostra **richiesta sulla sterilizzazione del numero programmato per le facoltà che formano professionisti sanitari, associata però alla sterilizzazione delle tasse di iscrizione e alla possibilità di anticipare la contrattualizzazione dei professionisti sanitari di modo che non debbano passare dall'inferno del precariato.** Non avendo prorogato i criteri di stabilizzazione previsti dalla l. Madia, attualmente abbiamo migliaia di precari del sistema sanitario che rischiano di non essere stabilizzati. Su questo e sulla lotta alle

esternalizzazioni che provocano dumping abbiamo chiesto un impegno preciso e concreto, non rinviato al proroga termini come veniva ventilato dai funzionari del ministero”.

Inoltre, ha osservato Sorrentino, “quanto alla **contrattazione nel settore privato**, nel settore rsa auspichiamo che si apra un tavolo al quale convergano le associazioni datoriali maggiormente rappresentative, cosa che ad oggi non è nelle disponibilità dello stato dello stallo del confronto sindacale con lavoratori che hanno salari fermi da 12 anni. C’è, inoltre, la questione dei contratti che possiamo ascrivere al terzo settore ma che comunque intervengono nella filiera dell’assistenza e dell’integrazione socio-sanitaria per i quali serve una diversa modalità di gestione degli affidamenti: servono garanzie sul rispetto dei contratti e sulla giusta retribuzione. Abbiamo sollecitato infine un incontro congiunto Ministero e Regioni, con le organizzazioni sindacali: dalla remunerazione delle tariffe, alla giusta collocazione della riabilitazione nelle prestazioni sanitarie a linee guida su accreditamenti che contemplino il rispetto dei contratti che evitino il dumping salariale che, per lo stesso professionista, può arrivare fino al 30%”. Infine, “riteniamo non condivisibile la scelta di costituire un tavolo tecnico sulla revisione dei dm 70 e dm 77 che riformeranno completamente il sistema di assistenza sociosanitaria territoriale in cui ci siano solo 2 organizzazioni sindacali e si escludano tutte le altre. Alla nostra richiesta di integrazione dei tavoli non è stata data risposta”.

“Su tutti questi titoli – ha concluso la Segretaria generale – il ministero ha preso appunti e chiesto approfondimenti. Pertanto la nostra mobilitazione continua: non faremo mancare il nostro contributo di proposta ma ai lavoratori della sanità vanno date risposte concrete”.

L'Intervista/ Pierino Di Silverio (Anaa Assomed): «Schillaci è il nostro primo alleato, ma il Ssn reggerà solo per scelta politica dell'intero Governo»

di Barbara Gobbi



Il contratto, certo. Quello che si discute da mesi all'Aran e che riguarda il triennio alle spalle 2019-2021 e soprattutto quello che verrà, cartina di tornasole di un effettivo (ma non scontato) recepimento, da parte del Governo, delle istanze economiche e professionali della dirigenza medica e veterinaria. Che in ballo vede la scelta di concedere o meno al Servizio sanitario pubblico la possibilità di "reggere". E allora la premessa è «che ci inventiamo un nuovo modello», che «non può essere solo ospedaliero ma deve prevedere la presa in carico del paziente dal domicilio all'ospedale, che deve tornare a essere punto di arrivo e non di partenza». Così Pierino Di Silverio, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, fa il punto a caldo dopo l'incontro dell'Intersindacale con il ministro Schillaci. Che «in questo momento consideriamo il nostro principale alleato - premette - visto che non solo ha condiviso le nostre istanze ma dimostra di "essere sul pezzo". Poi certo, tra il dire e il fare c'è di mezzo il Governo». **Un modello in cui il personale sanitario che del Ssn è l'anima sia adeguatamente motivato e retribuito. Quali istanze avete sottoposto al ministro?**

Abbiamo affrontato tre macro temi: il primo legislativo, che dovrà sostanziarsi in interventi immediati in legge di Bilancio sui tetti di spesa per il personale e sulla depenalizzazione dell'atto medico e in altri necessariamente di più lungo respiro, di modifica del Dm 70 e della 502 che andrebbe profondamente revisionata. Il secondo, economico, spazia dalla defiscalizzazione di parte della retribuzione alle risorse per il prossimo contratto, da prevedere

sempre in manovra. A questi due punti si affianca quello politico: auspichiamo che il ministro possa realizzare una "moral suasion" nei confronti delle Regioni e dell'Aran. Le prime non possono continuare a scaricare su di noi le carenze di personale in termini di ore extra: sono ben 300 l'anno quelle che ogni dirigente medico e veterinario "regala" alle aziende, per non parlare del tempo sottratto alla formazione professionale. Temi che hanno molto a che vedere con l'attrattività del Ssn: occorre ridefinire e migliorare le condizioni di lavoro ma sulle prestazioni in eccesso siamo ancora in alto mare. I tempi per la firma di un Ccnl peraltro già scaduto dipenderanno soprattutto da questi elementi: gli extra-carichi di lavoro, la carriera professionale che non può restare tarata sui 5 anni di anzianità per ottenere uno "scatto" e quella che definiamo "esigibilità", cioè scrivere un contratto con norme inattaccabili e applicabili in maniera semplice.

I percorsi di carriera: nel precedente contratto qualcosa si era tentato...

Ma solo in forma minore, tanto che oggi appena il 7% dei medici dirigenti sanitari in Italia riesce a progredire in maniera lineare. Vanno aumentate le possibilità di "crescere" e applicati meccanismi meritocratici e semplici. Se non sei adeguatamente retribuito, se sei sottoposto a un lavoro massacrante e se non hai possibilità di progredire in un ospedale, è ovvio che te ne vai.

Tutto questo ha anche molto a che vedere con la scarsità degli organici

Tra le priorità da affrontare subito in legge di Bilancio c'è il tetto alla spesa per il personale, cui si era derogato solo durante la pandemia e solo per il 10%: in virtù delle condizioni critiche del Ssn se ne potrebbe ora prevedere l'abolizione per tre anni, salvo poi ridiscuterlo alla fine del periodo e intanto pensare a interventi legislativi. Solo cancellando i tetti si darà alle aziende la possibilità di tornare ad assumere eliminando l'alibi, o a voler essere "buoni" l'impasse, di dover ricorrere a gettonisti messi a disposizione da cooperative pagate alla voce "beni e servizi". Ma più in generale l'addio ai tetti fa parte di una strategia necessaria fatta di diversi passaggi.

Cioè?

Cioè rivisitiamo il Dm 70 del 2015 che ha tagliato 35mila posti letto ospedalieri portandoci ai minimi in Europa: bisogna tornare almeno a quota 4,5 per mille abitanti recuperando un posto e mezzo ogni mille. Poi aumentiamo il numero dei medici rivedendo i fabbisogni: quelli calcolati da Agenas, tarati sempre sul Dm 70, andranno revisionati di conseguenza. Ricordando che gli anni della spending review hanno trasformato l'ospedale da luogo di cura a centro di emergenza-urgenza, spostando l'equilibrio su un territorio che non poteva farcela perché non era stato adeguatamente strutturato. E ancora: ai medici sia di nuovo possibile partecipare all'organizzazione del lavoro, superando il limite imposto alla contrattazione collettiva dalla legge Brunetta. Le nostre, voglio chiarirlo, non sono istanze di casta ma di ampio respiro, necessarie affinché il sistema possa reggere.

Istanze che in buona parte, a cominciare dal prossimo contratto, richiederanno risorse fresche

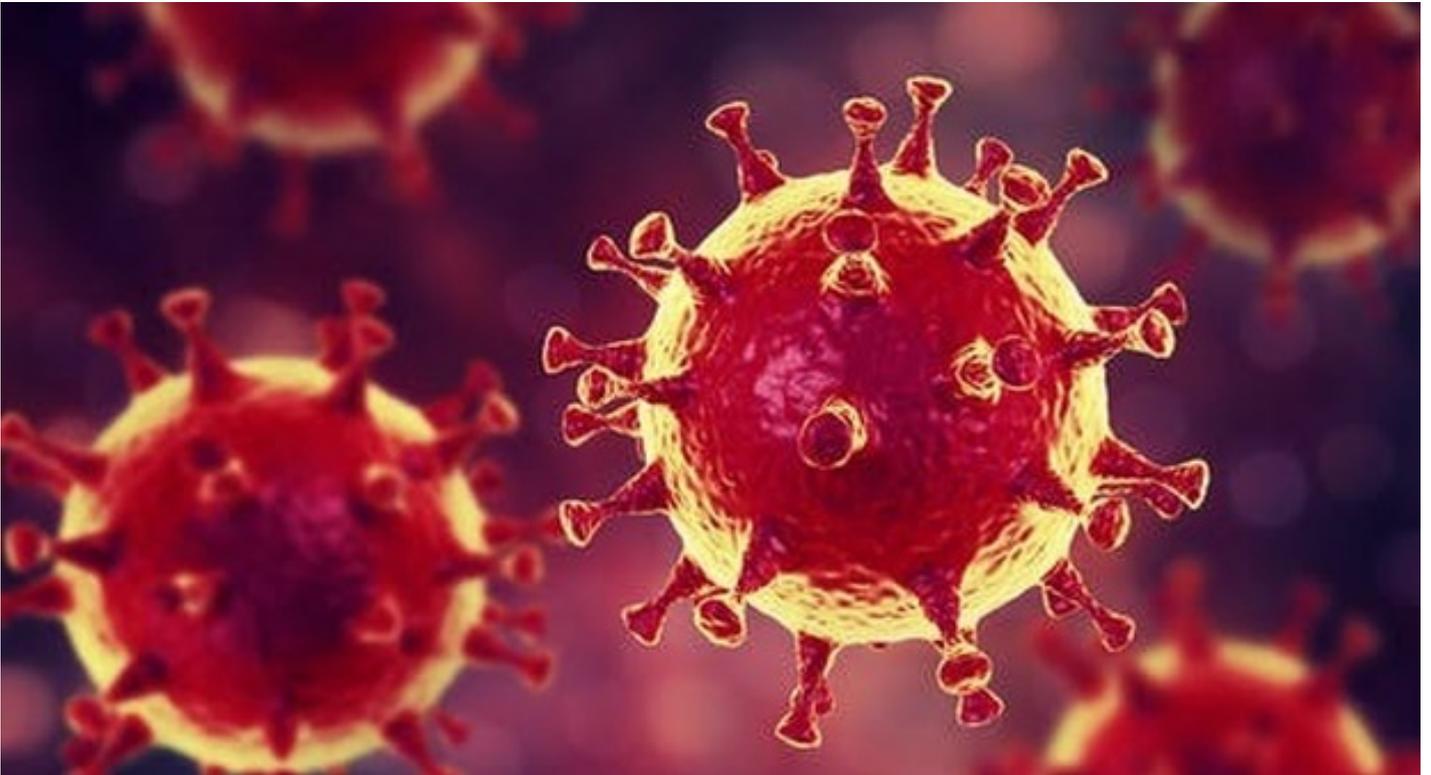
I 3-4 miliardi in più per il Ssn preventivati dal ministro nella prossima legge di Bilancio saranno cruciali per far partire questo rinnovamento: solo per il nuovo contratto, da mettere in cantiere con la manovra, serviranno almeno 3 miliardi mentre all'eventuale defiscalizzazione di parte della retribuzione andrebbe un altro miliardo.

Poi però c'è tutto il restante fabbisogno del Ssn da sostenere e allora si rischia che la coperta torni a essere per l'ennesima volta decisamente corta

Siamo certi che da parte del ministro l'impegno c'è tutto e ha dimostrato di condividere le nostre difficoltà, poi certo tra il dire e il fare c'è di mezzo il Governo la cui azione ci sembra un

po' tiepida rispetto alle dichiarazioni del titolare della Salute. Con una battuta, quando si dice che si cercano i soldi... un miliardo poteva essere trovato già evitando di spendere 800 milioni per salvare club miliardari di Serie A e 200 milioni per alleggerire i ricchi del superbonus sulle auto di lusso. Sono scelte politiche. Ma a questo proposito mi viene in mente una frase di Churchill: "L'Italia perde una partita di calcio come se fosse una guerra e tratta la guerra come una partita di calcio". Quella per il Ssn non è una partita di calcio ma una guerra in cui la posta in gioco sono la salute e il benessere dei cittadini».

Long Covid nei bambini: su Lancet Microbe studio di ricercatori Gemelli-Università Cattolica



"Long Covid" è un termine-ombrello che descrive la persistenza di segni e sintomi, non spiegabili altrimenti, dopo un'infezione acuta da Sars CoV-2 (Covid-19), con un impatto negativo sul funzionamento e il benessere nella vita quotidiana di chi ne è affetto. Questa sindrome, riconosciuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Post Covid-19 Condition o Long Covid), colpisce sia adulti che bambini. In questi ultimi anni sono stati pubblicati centinaia di lavori su entrambe queste popolazioni e sono state individuate diverse alterazioni biologiche associate al Long Covid; ma la sua patogenesi resta a oggi materia di ricerca, non essendo stata definita con precisione. Molti studi si stanno oggi focalizzando sulle conseguenze della persistenza del virus o parti di esso all'interno dell'organismo; questo potrebbe infatti essere il bandolo della matassa per spiegare l'insorgenza del Long Covid. Uno studio appena pubblicato su [Lancet Microbe](#) dal dottor Danilo Buonsenso, docente di Pediatria all'Università Cattolica e dirigente medico dell'Unità Operativa Complessa di Pediatria della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs, e colleghi è andato a fare il punto della situazione. La ricerca, che in poche ore ha superato le 115.000 visualizzazioni sul profilo Twitter del dottor Buonsenso, si innesta sul filone Long Covid pediatrico, che vede impegnato da tempo il giovane ricercatore del Gemelli, indicato lo scorso anno dalla rivista scientifica [Science](#) come uno dei tre ricercatori mondiali "top" in questo settore.

«In questa ricerca – spiega il dottor Danilo Buonsenso - abbiamo analizzato le attuali conoscenze sulla persistenza di parti del virus Sars-CoV-2 nei bambini, dopo la fase acuta dell'infezione. Partendo dalle osservazioni che dimostrano come il virus possa persistere negli adulti, abbiamo effettuato una revisione della letteratura e analizzato gli studi che hanno cercato l'Rna o gli antigeni di Sars-CoV-2 nei bambini deceduti per Covid-19 o sindrome

infiammatoria sistemica, o che fossero stati sottoposti a biopsia o intervento chirurgico per vari motivi. Abbiamo condotto questa analisi – spiega Buonsenso - perché ci sono crescenti evidenze che negli adulti la persistenza del virus in diversi organi possa essere la chiave per la comprensione e il trattamento del Long Covid».

La ricerca effettuata dal gruppo del Gemelli ha dimostrato, per la prima volta al mondo, che nei bambini, indipendentemente dalla gravità iniziale del Covid-19, il virus Sars-CoV-2 può diffondersi in tutti gli organi durante le fasi acute dell'infezione e persistere nell'organismo per settimane o mesi. «Alla luce di questi risultati – spiega il dottor Buonsenso - in questo lavoro siamo dunque andati a riesaminare le attuali conoscenze sugli effetti biologici della persistenza virale nel corso di altre infezioni virali e abbiamo evidenziato nuovi scenari da esplorare tramite la ricerca clinica, farmacologica e di base. Ci auguriamo che lo studio che abbiamo appena pubblicato fornisca le basi per migliorare la comprensione e la gestione delle sindromi post-virali, tra le quali il Long Covid, e guidi il disegno di futuri studi volti ad analizzare queste condizioni».

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per Long Covid si intende la persistenza o la comparsa di nuovi sintomi (l'Oms ne elenca oltre 200) 3 mesi dopo l'infezione iniziale da Sars CoV-2, che persistano per almeno 2 mesi, senza altra spiegazione. Gli studi condotti finora suggeriscono che a essere affetto da Long Covid potrebbe essere il 10-20% della popolazione che ha contratto l'infezione da Sars CoV-2. Secondo una [recentissima stima fatta dall'Oms](#) , questa condizione potrebbe ostacolare il ritorno alla vita normale di 36 milioni di cittadini europei (1 su 30 negli ultimi 3 anni).

Spesa per sanità digitale a 1,8 mld (+7%) nel 2022 ma fascicolo sanitario "lento". I-Com: promuovere le PPP

di Radiocor Plus



Nel 2022 la spesa per la sanità digitale in Italia è cresciuta del 7% rispetto al 2021, raggiungendo quota 1,8 miliardi, ma è ancora lenta la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse) che nel corso del 2023 è stato utilizzato almeno una volta solo dal 35% dei cittadini. Sono alcuni dei dati dell'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico di Milano e riportati nello studio "Il digitale a supporto della sanità territoriale. Quali modelli organizzativi?" presentato dall'Istituto per la competitività (I-Com) nel corso di un dibattito

promosso insieme a Doctolib, tech company nata in Francia nel 2013 e attiva in Italia dal 2021. Malgrado l'ancora scarso uso del Fse gli strumenti digitali - come emerge ancora dallo studio - stanno trovando comunque ampio spazio anche nel campo della salute: più della metà degli italiani (dati sempre dell'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico di Milano) ha scelto internet per identificare possibili diagnosi e il 42% per cercare informazioni su sintomi e patologie prima di una visita. Il 73% degli specialisti, il 79% dei medici di medicina generale e il 57% degli infermieri utilizza applicazioni di messaggistica per comunicare con i pazienti. Già prima del Covid circa un italiano su quattro accedeva a una app per trovare le farmacie più vicine e quelle di turno e il 15% se ne serviva per avere informazioni sulle medicine e leggerne i foglietti illustrativi. Tra i vantaggi della digitalizzazione c'è proprio la possibilità di raggiungere più facilmente un numero maggiore di persone e, come previsto dalle riforme e dagli investimenti legati al Pnrr, avvicinare la sanità ai pazienti, contribuendo anche a ridurre le disparità di accesso e i tempi di attesa.

Tra le novità della "Missione 6 - Salute" contenute nel Pnrr sono le Centrali operative territoriali (Cot), che da giugno 2024 dovranno coordinare la presa in carico della persona e raccordare servizi e professionisti coinvolti nei setting assistenziali. Alla realizzazione delle 600 Cot oggi previste il Piano destina in tutto circa 280 milioni: poco più di 171 mila euro ciascuna mentre il resto degli investimenti, destinato all'acquisto e implementazione di tecnologie abilitanti la loro operatività (177 mln), vale per ogni Cot circa 295 mila euro. Lo studio I-Com evidenzia alcuni dubbi riguardo alla capacità delle risorse stanziare di coprire le esigenze per la loro implementazione, tenuto conto del personale che sarà necessario. In questo scenario - rilevano dall'Istituto - "l'intervento degli operatori del settore privato dovrebbe essere riconosciuto come integrato e complementare rispetto al pubblico e dipendere dalla valutazione del valore aggiunto che è capace di creare per la gestione ed erogazione di servizi e prestazioni". «Le partnership pubblico-privato (PPP) manifestano un potenziale senza precedenti nell'innovazione digitale in sanità - commenta la direttrice area Salute I-Com Eleonora Mazzoni -. Le aziende private specializzate in soluzioni digitali possono collaborare con le istituzioni per sviluppare e implementare le piattaforme digitali, adattandole alle esigenze dei medici e dei professionisti sanitari nel rispetto delle normative sia sanitarie che sulla privacy. La collaborazione pubblico-privato permette anche di supportare la formazione continua dei professionisti».

ASP e Ospedali

L'approfondimento di Insanitas

«Hospice per le cure palliative, un diritto dei pazienti: ma la Sicilia è molto indietro...»

L'intervista a Giorgio Trizzino, precursore delle cure palliative: «Purtroppo alcuni direttori generali non assolvono all'obbligo previsto dai LEA»



🕒 Tempo di lettura: 7 minuti



3 Luglio 2023 - di [Angela Montalto](#)



Atti di morte online

Trova i tuoi antenati tra 19 mld di dati storici. Fai scoperte straordinarie ora!

MyHeritage

[INSANITAS](#) > ASP E Ospedali

Hospice e cure palliative, sono passati decenni dal loro avvento ma ancora non sono considerati da tutti LEA. Pochi gli assistiti in casa, rispetto al numero degli aventi diritto e tre ospedali il **Cervello** di Palermo, il **Policlinico di Messina** e l'**Umberto I di Enna** chiudono “temporaneamente” i loro hospice come se fossero reparti sacrificabili.

Dell'argomento abbiamo parlato con **Giorgio Trizzino**, deputato sino al 2022, che è stato in Sicilia precursore delle cure palliative. Nel 1987 fu lui ad avviare sull'Isola la prima esperienza a domicilio tramite la **Samot**, che tutt'oggi presiede. Da componente del tavolo ministeriale- allora fu la Bindi a nominarlo tale- riuscì a fare arrivare in Sicilia un cospicuo finanziamento per la realizzazione degli **hospice**, 16 in tutta la regione, ad esempio quello operativo all'Arnas Civico di Palermo. Tra gli altri, uno si trovava a Enna ma ora è inattivo.

Dr Trizzino qual è a distanza di tanti anni la situazione in Sicilia in merito alle cure palliative?

«Allora- nei primi anni 2000- ero anche nel tavolo tecnico regionale nella divisione per la ripartizione dei fondi alle singole Asl- oggi Asp- per la realizzazione degli hospice e avemmo addirittura difficoltà a fare accettare i fondi ai direttori generali perché non volevano impegnarsi in questa realizzazione in quanto non capivano che cosa fossero gli hospice. Avevano difficoltà a rendersi conto che la fase di terminalità aveva bisogno non soltanto di un intervento domiciliare ma anche, talvolta, in casi particolari bisognava di una soluzione residenziale».



Atti di morte online

Trova i tuoi antenati tra 19 mld di dati storici. Fai scoperte straordinarie: inizia o MyHeritage

Dentvitalis

Richiedi Preventivo Gratuito, Risparmia Fino il 80%

Un'istantanea sulle strutture in Sicilia?

«Siamo molto indietro rispetto a regioni quali Lombardia, Veneto, Toscana, Piemonte che hanno davvero molti posti letto. In Sicilia abbiamo 11 Hospice attivi in tutta la regione, con un totale di 120 posti letto. Vi è un hospice pediatrico a Catania, mentre non è stato realizzato l'hospice pediatrico a Palermo, nonostante il finanziamento erogato. Tre sono invece quelli attualmente chiusi: all'Umberto di Enna, al Policlinico di Messina e al Cervello di Palermo».

Per fare comprendere meglio ai lettori che ci leggeranno, ci può spiegare cosa sono gli Hospice? E qual è il loro valore medico e sociale?

«Devo dirle che mi viene un po' difficile nel 2023 a distanza di 35 anni dovere spiegare ancora il valore di un livello essenziale di assistenza qual è quello delle cure palliative. Nella nostra Regione- vorrei dare per scontato- che le cure domiciliari così come gli hospice fossero conosciuti e soprattutto ben inquadrati dai **responsabili istituzionali** in regione e dai direttori generali delle aziende sanitarie. L'errore che non si deve assolutamente fare è pensare all'hospice come il luogo dove si va a morire. È un messaggio sbagliatissimo. Esso è un luogo di transito, è **un luogo di vita**, di attività, di emozioni, di eventi culturali. Pensi che a Palermo, il sovrintendente del Teatro Massimo periodicamente viene e fa un pomeriggio di musica per i pazienti. È bene sdoganare ancora i preconcetti che ci sono sull'hospice, quante persone muoiono all'interno di Rsa o Case di riposo senza gli adeguati supporti?».



Purtroppo è ancora necessario chiarire...

«Stento a farlo ma mi rendo conto che siamo in una situazione dove è necessario ripuntualizzare il valore ma anche l'obbligo che oggi c'è e che è dettato dalle leggi nazionali che impongono la realizzazione delle reti palliative, ivi compreso gli hospice su tutto il territorio regionale. Lo dico sottolineando che le cure palliative sono un **LEA** (ovvero i livelli essenziali di assistenza ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini) sancito nel 2017 e riaggiornato qualche mese fa. Esse sono a tutti i livelli parte dell'obbligo che c'è da parte dell'istituzione di erogare questo livello di assistenza».

Vi sono cure per i pazienti terminali che possono essere somministrate solo all'interno degli hospice?

«Le cure palliative possono essere effettuate a domicilio oppure in strutture protette quale gli hospice. Nel primo caso si collocano quei malati in fase avanzata che hanno certe esigenze di contatto con i **familiari** e che le condizioni lo permettano. Ci sono invece situazioni particolari- previste tra l'altro da indicatori precisi- in cui il paziente non può essere assistito a casa e su su-

ambienti per **l'arteterapia e la musicoterapia** perché queste persone non sono relegate nei loro letti. Un luogo dove possono vivere la loro vita in modo normale, esenti da sofferenze e dolore che viene trattato adeguatamente dal punto di vista **clinico e assistenziale**. L'hospice possiede dei requisiti che lo fanno essere una casa ma anche un albergo e un ospedale dove viene tutelata la qualità e la dignità della vita che vi entrano. Un malato in fase avanzata non è un malato che viene emarginato da tutti i suoi diritti, anzi».

Un ospedale – come Enna – che ha attivo al suo interno l'hospice e che chiude per motivi logistici, cosa comporta?

«L'hospice è una filosofia che sarebbe dovuto essere recepita dai direttori generali ma sembra che così non sia. Un direttore generale di qualsiasi Asp si sente in **diritto** di poterlo chiudere perché non è redditizio e perché deve far spazio ad altre attività, come è accaduto a Enna. È indicibile quello che è stato fatto a Enna, ingiudicabile oserei dire. Chiudere un hospice significa, una cosa chiara, non recepire un'indicazione normativa e in secondo luogo avere utilizzato impropriamente dei fondi. Nel caso dell'hospice di Enna, tra l'altro, il centro non era stato dotato di quel personale che era obbligatorio inserire all'interno della struttura, lasciandola allo sbando». **NDR:** Per leggere quello che sull'Hospice di Enna ha detto ad Insanitas il dg Francesco Iudica [CLICCA QUI](#).

Vi sono cure per i pazienti terminali che possono essere effettuate/somministrate solo all'interno degli hospice?

«Le prestazioni sono quasi uguali. È chiaro però che ci sono delle sofferenze talmente forti, delle situazioni di dolore particolarmente complesso che può risultare complicato gestirlo a domicilio. Oggi per fortuna ci sono molti farmaci utili a trattare il dolore, però ci sono condizioni particolari dove si mescolano esigenze di carattere **clinico, sociale e psicologico** che danno una chiara indicazione affinché il paziente deve risiedere all'hospice. Vi sono casi di pazienti completamente soli, che vivono in condizioni sociali ed economiche precarie senza una casa o in condizioni cliniche drammatiche. Insomma condizioni in cui il sintomo **non è più trattabile a domicilio** per la sua gravità allora si possono trascorrere dei periodi di sollievo all'interno della struttura di hospice dove si regolarizza l'autonomia del paziente e la sua condizione generale. Cosa succede a quest'ultimi dopo che il personale a domicilio va via?».

Qual è attualmente lo stato dell'arte delle cure palliative?

MENU

Cerca...



svilupata una rete di assistenza molto articolata, efficiente ed efficace e ci sono numeri molto alti di pazienti assistiti ma che purtroppo rappresentano **solo un terzo** della potenziale esigenza dei malati che ne avrebbero bisogno. Infatti i malati elegibili alle cure palliative non sono più solo quelli oncologici ma tutti coloro che hanno patologie croniche degenerative, che hanno diritto a essere seguiti. Pensi che a Palermo e provincia vengono assistiti a casa mille pazienti, una goccia nell'oceano».

 [Stampa questo articolo](#)

Tag:

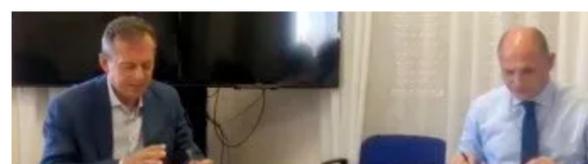
[CURE PALLIATIVE](#) [GIORGIO TRIZZINO](#) [HOSPICE DEL CERVELLO](#) [HOSPICE DEL CIVICO](#) [HOSPICE DI ENNA](#) [HOSPICE PEDIATRICO](#)

Contribuisce alla notizia

[Invia una foto o un video](#)

[Scrivi alla redazione](#)

Altre notizie



“La sera della Finanziaria all’Ars e l’auto blu per la cocaina”



Parla l'onorevole a cui era assegnata la macchina "usata" per ritirare la droga

L'INCHIESTA di Riccardo Lo Verso

5 LUGLIO 2023, 06:00

0 Commenti Condividi

3' DI LETTURA

PALERMO – “Sono basito per quello che ho letto. Non ne sapevo nulla, non ho dato l’autorizzazione a usare la macchina”, spiega Nello Dipasquale. Era assegnata al deputato questore dell’Assemblea regionale siciliana l’auto blu a bordo della quale il burocrate Giancarlo Migliorisi, allora capo della segreteria tecnica Gaetano Galvagno, sarebbe andato al ristorante di Mario Di Ferro, a Villa Zito, per prelevare droga.

Il ristorante

Pochi mesi dopo, ad aprile, il ristoratore sarebbe stato arrestato la prima volta, sotto la propria abitazione, in via Petrarca a Palermo mentre cedeva tre grammi di cocaina in cambio di trecento euro. Nei giorni scorsi i nuovi guai giudiziari e l’inchiesta che arriva fin dentro il parlamento siciliano, partendo dal locale divenuto base per l’acquisto di droga.

L'auto in via Libertà

“Se è vero quello che dicono gli investigatori, e non ho motivo di dubitarne, è stata carpita la buona fede dell'autista su cui non nutro alcun dubbio”, aggiunge il deputato del Partito democratico. Ed è stato proprio l'autista, ieri mattina, accompagnato dall'avvocato Francesco Riggio, a presentarsi dai pubblici ministeri di Palermo dopo avere visto la fotografia dell'Alfa Romeo Stelvio, da lui guidata, ferma in via Libertà nell'attesa che Migliorisi uscisse dal ristorante di Villa Zito. La macchina non fa parte del parco auto dell'Ars, ma è una vettura sostitutiva a noleggio che viene utilizzata quando le altre otto vetture sono impegnate.

“Ho scritto all'autista”

“Ho scritto un messaggio all'autista e gli ho chiesto che cosa fosse successo – aggiunge Dipasquale – neppure lui ricordava l'episodio”. Ciò che Dipasquale ricorda bene è che in quel giorno di febbraio “stavamo conducendo le nostre battaglie in aula, c'era la finanziaria in discussione. Sono momenti in cui succede che si chiedi al personale di recuperare documenti e altro. Lo fanno in tanti. Io non l'ho autorizzato, ma Migliorisi non è uno qualunque, era un alto burocrate, il capo di una segreteria tecnica del presidente”.

Guarda anche

Blitz antidroga a Siracusa, c'è l'ombra della mafia VIDEO

La finanza all'Ars, non solo droga: si indaga sull'uso delle auto blu

Di Ferro e la droga, dipendente Ars: “Guidavo io l'auto blu”

Bar Villa Zito: estranei e danneggiati dall'inchiesta per droga

La droga e l'auto blu: “Targa identificativa”

Ipotesi peculato

Il deputato questore si dice amareggiato: “Siamo di fronte ad un tradimento, ad un cattivo utilizzo dei beni della pubblica amministrazione. A scanso di equivoci io in quel ristorante non ho mai ordinato neppure una coca cola e uso la macchina otto dieci volte al mese solo per raggiungere l'Ars. A Villa Zito sono stato una volta nella mia vita”.

La consegna

“Siamo tre”, disse Migliorisi quella sera a Di Ferro. “Va bene, ora ci penso io – rispose il ristoratore – a che ora vieni?”. “Verso le nove”. Di Ferro diede disposizioni al suo collaboratore, Pietro Accetta: “Il prezzo quello del solito, non gli fare sconto, paga quello che mangia”. Poi diede il via libera al burocrate: “Va bene, puoi andare, ti aspetta quando sei pronto”. “Sono ancora in Assemblea”, spiegò Migliorisi che arrivò al ristorante, pochi minuti dopo le 22, in auto blu.

I finanziari su ordine della Procura di Palermo ieri mattina si sono fatti consegnare il regolamento approvato dal presidente dell'Ars, Gianfranco Miccichè, con l'ok del consiglio di presidenza, il 22 settembre 2022, poco prima della fine della scorsa legislatura. Anche Miccichè è stato filmato al suo arrivo in auto blu al ristorante. Si profila una ipotesi di peculato?

Tags: Ars · Droga · Gianfranco Miccichè · Mario Di Ferro

Biglietti aerei per Palermo sempre più cari, compagnie nel mirino del Garante

L'Autorità ha dato dieci giorni di tempo alle società per fornire spiegazioni sull'aumento dei prezzi registrato nelle ultime settimane. Nel mirino i collegamenti da Roma e Milano con Venezia, Catania, Cagliari e col Falcone Borsellino



Redazione

05 luglio 2023 09:58



Le compagnie aeree sono finite nel mirino del Garante per la sorveglianza dei prezzi e hanno dieci giorni di tempo per spiegare le motivazioni alla base dei recenti rincari dei biglietti registrato su alcune tratte che riguardano anche Palermo. Nella giornata di ieri, martedì 4 luglio, è andato in scena l'incontro tra il Garante per la sorveglianza dei prezzi, Benedetto Mineo, e le principali compagnie aeree (Ita Airways, Ryanair, Malta Air, Aeroitalia, Easyjet, Neos e Wizz Air) per analizzare le dinamiche dei prezzi medi dei biglietti aerei negli ultimi mesi sulle tratte nazionali.

Alla luce dei dati Istat di maggio scorso, che hanno fatto registrare aumenti medi del 40% su base annua, il Garante ha chiesto alle compagnie "spiegazioni precise" sulle dinamiche dei prezzi "e in particolare su determinate tratte che hanno visto una variazione anomala. Le risposte, ha sollecitato il Garante, dovranno essere fornite entro 10 giorni.

Al centro delle verifiche del ministero delle Imprese e del made in Italy soprattutto l'andamento dei prezzi dei biglietti di alcune tratte che collegano le città di Roma e Milano, con Venezia, Palermo, Catania e Cagliari. Come confermato sul sito del Ministero, il Garante ha comunicato che la prossima riunione della Commissione per il monitoraggio dei prezzi si terrà giovedì 20 luglio e servirà, a confrontare i dati forniti dalle imprese con quelli già disponibili.

CRONACA

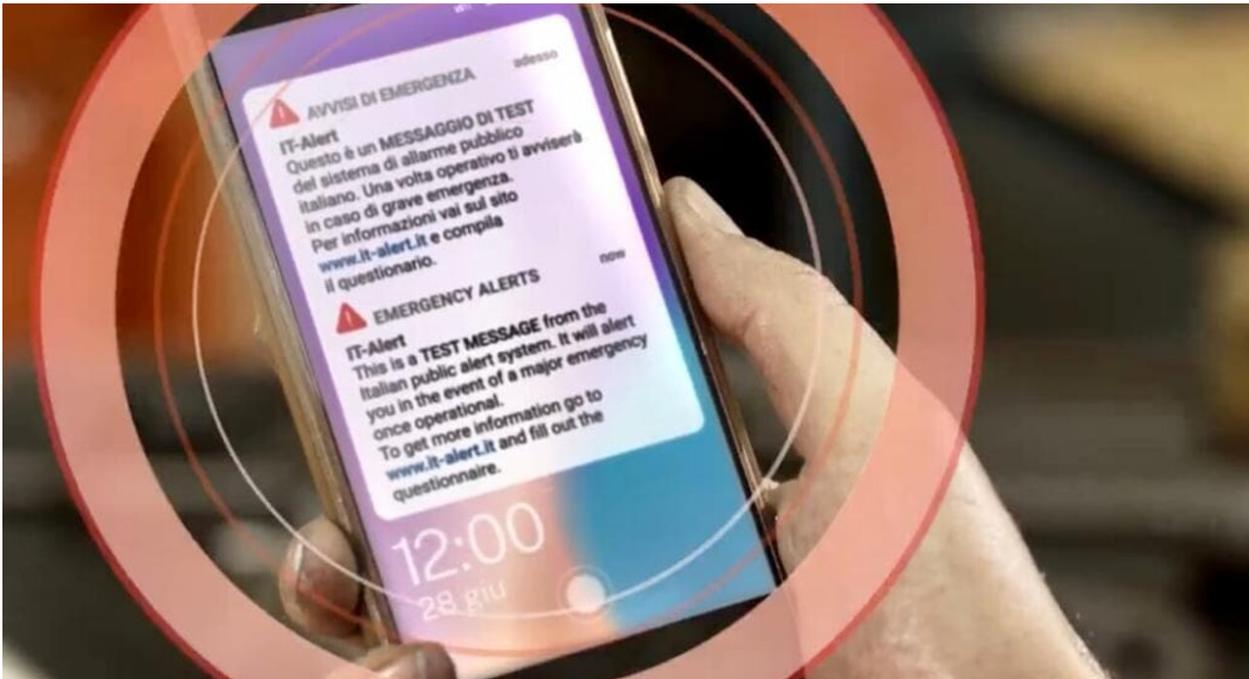
E' il giorno di IT-alert, oggi alle 12 in Sicilia suoneranno tutti i telefonini

Si tratta del test del nuovo sistema di allarme di pubblico nazionale. L'invito, per chi riceve il messaggio, è quello di rispondere al questionario per segnalare eventuali malfunzionamenti



Redazione

05 luglio 2023 07:00



E' il giorno di IT-alert. Oggi alle 12, i telefoni cellulari in Sicilia saranno raggiunti da un messaggio di test del nuovo sistema di allarme pubblico nazionale. Tutti i dispositivi agganciati a celle di telefonia mobile nell'Isola suoneranno contemporaneamente, emettendo un segnale distintivo diverso da quello delle notifiche che di solito si ricevono.

Chi riceve il messaggio di IT-alert non dovrà fare nulla tranne leggere il messaggio. L'invito per tutti, che abbiano ricevuto correttamente il messaggio o meno, è quello di andare sul sito **www.it-alert.it** e rispondere al questionario per segnalare eventuali malfunzionamenti e aiutare a implementare il sistema. In questa fase di sperimentazione di IT-alert, partita mercoledì 28 giugno con il primo test e che proseguirà nei prossimi mesi coinvolgendo tutte le regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento, viene coinvolta direttamente la popolazione per far conoscere il nuovo sistema, per verificarne il funzionamento in relazione alle diverse tipologie di telefono e di sistemi operativi e per raccogliere indicazioni dagli utenti per implementare il servizio.

Al momento, a seguito dei test svolti in Toscana il 28 giugno e in Sardegna il 30 giugno, sono stati compilati circa 280.000 questionari. I dati raccolti, trattati in forma anonima, sono in fase di elaborazione; una loro analisi preliminare nelle ore immediatamente successive ai test ha, però, già consentito agli operatori di telefonia mobile di avviare le verifiche su alcuni elementi emersi, come il mancato arrivo della notifica su alcuni dispositivi o il continuo suonare su altri.

E' stato anche avviato l'approfondimento rispetto all'overshooting, uno dei limiti noti della tecnologia cell-broadcast usata per l'invio dei messaggi IT-alert, ovvero l'arrivo delle notifiche su dispositivi che si trovano diversi chilometri al di fuori dall'area interessata. Superata la fase di test, IT-alert consentirà di informare direttamente la popolazione in caso di gravi emergenze imminenti o in corso, in particolare rispetto a sei casistiche di competenza del Servizio nazionale di protezione civile: maremoto (generato da un terremoto), collasso di una grande diga, attività vulcanica (per i vulcani Vesuvio, Campi Flegrei, Vulcano e Stromboli), incidenti nucleari o emergenze radiologiche, incidenti rilevanti in stabilimenti industriali o precipitazioni intense. IT-alert non sostituirà le modalità di informazione e comunicazione già in uso a livello regionale e locale, ma andrà a integrarle.

© Riproduzione riservata

Imprenditore in sciopero della fame per "Lampedusa abbandonata"

FRANCESCO GRAMASI PROTESTA SULLA GESTIONE DELL'EMERGENZA MIGRANTI



di Michele Giuliano | 04/07/2023



Il noto imprenditore Francesco Gramasi da domani inizierà uno sciopero della fame nell'isola di Lampione, lembo di terra disabitato da tempo appartenente a [Lampedusa](#). La sua iniziativa in segno di protesta contro mass media e istituzioni per come viene dipinta la situazione nell'isola Agrigentina. "Non si fa altro che parlare di [migranti](#) che sbarcano – afferma Gramasi – ma in realtà in giro per l'isola non se ne vede neanche uno. Eppure nell'immaginario collettivo si instilla un'idea sbagliata di questa meravigliosa terra. E tutto questo non fa altro che danneggiare un territorio che già soffre per il fattore dell'insularità".

Leggi Anche:

Lento ritorno alla normalità per l'hotspot di Lampedusa, 791 migranti in struttura

Le ripercussioni, migliaia di turisti in meno

Per Gramasi questa informazione che passa ogni giorno finisce per creare una cattiva immagine, con ripercussioni pesantissime. "Ho avuto modo di fare una ricognizione con i titolari delle strutture ricettive dell'isola che conosco tutti – precisa -. Quel che emerge è impietoso. Ad oggi a Lampedusa si contano qualcosa come 150 mila [turisti](#) in meno. Con le notizie dell'arrivo di migranti si susseguono le disdette. La cattiva informazione che ruota attorno a questi sola sta mettendo in ginocchio l'economia di un intero territorio nell'indifferenza di tutti".

Il problema dell'hotspot e le voci che si rincorrono

Questa mattina in visita a Lampedusa all'**hotspot** che accoglie i migranti il ministro dell'Interno **Matteo Piantedosi**. Con lui anche la commissaria europea agli Affari interni Ylva Johansson. Piantedosi in conferenza stampa ha smentito la voce di un allargamento dell'attuale hotspot. Nei giorni scorsi era trapelate voci di una possibile struttura di accoglienza per 6 o 8 mila migranti. "Se così fosse sarebbe una tragedia per Lampedusa – ha sottolineato Gramasi -. La linea politica della presidente del consiglio Giorgia meloni la considero valida. Ma sul problema migranti bisogna andare dalle parole ai fatti. Aveva promesso la creazione di una barriera navale per evitare i continui sbarchi. Ebbene, è tempo che si cominci davvero a farlo".

Chi è Gramasi

Gramasi è un imprenditore che lavora soprattutto sul fronte del turismo. Ama Lampedusa dove da 30 anni ogni anno trascorre le sue vacanze. La considera un'isola "ancor più bella dei Caraibi" che però ritiene non adeguatamente supportata. Ecco il motivo della sua protesta con sciopero della fame che comincerà domani all'isola di Lampione. "Non mi muoverò da lì – precisa – sino a che non ci sarà l'impegno quantomeno dell'indizione di un tavolo tecnico per le problematiche inerenti all'immigrazione su Lampedusa".

LiveSicilia.it / Cronaca / Quattro scosse di terremoto in Sicilia, la più forte di magnitudo 4

Quattro scosse di terremoto in Sicilia, la più forte di magnitudo 4



Tra le province di Messina ed Enna

I DATI DELL'INGV di Redazione

5 LUGLIO 2023, 07:40

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

PALERMO – Quattro scosse di terremoto in Sicilia. Tre sono state avvertite nel Messinese, nella zona di Cesarò, e San Teodoro, una a Troina, in provincia di Enna.

La sequenza dei terremoti

La prima, alle 6:07, ha avuto una magnitudo 4. La seconda, pochi minuti dopo, di magnitudo 2. Le scosse di terremoto sono state registrate dall'Ingv a una profondità di 19 km e 24 km. A seguire altre due scosse: una a San Teodoro (Messina), di magnitudo 2.1, e una quarta a Troina (2.2).

La Protezione civile: “Nessun danno”

“A seguito dell’evento sismico registrato alle ore 6:07 di oggi, 5 luglio, in provincia di Messina, dall’Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia, con magnitudo 4, la Sala Situazione Italia del Dipartimento della Protezione Civile si è messa in contatto con le strutture locali del Servizio Nazionale della protezione civile. Dalle prime verifiche effettuate l’evento risulta avvertito dalla popolazione, ma non sono stati segnalati danni a persone o cose”. Lo comunica la Protezione civile.

Il semaforo intelligente che multa anche chi passa col rosso

Multe salatissime con i T-red, ma solo il 15% colpisce chi passa col rosso. Abbiamo parlato di più



Cristina D'Amicis

Giornalista

05 luglio 2023 04:00

Si moltiplicano sui social gruppi di automobilisti inferociti multati dal T-red, un sistema di telecamere e sensori installati in prossimità dei semafori che fotografa le vetture che commettono infrazioni agli incroci. Sono dei dispositivi semaforici a distanza che sanzionano in modo quasi automatico chi passa con il rosso o chi non rispetta le corsie di marcia. Chi non si ferma con la luce rossa, violazione gravissima perché molto pericolosa, si becca una multa salatissima che va dai 167 ai 655 euro e -6 punti sulla patente. Sotto scacco, però, anche gli automobilisti che non riescono a liberare l'incrocio perché il giallo dura troppo poco.

"Non dobbiamo demonizzare questo strumento – ha dichiarato Girolamo Lacquaniti, portavoce dell'Associazione nazionale funzionari di polizia in un'intervista a *Today* - dobbiamo evitare che se ne faccia un uso non corretto perché poi il rischio è di perdere un importantissimo strumento di controllo per la sicurezza stradale". Andiamo per ordine.

Con quali infrazioni scatta ora il ritiro della patente

Mulle più salate per chi passa con il rosso

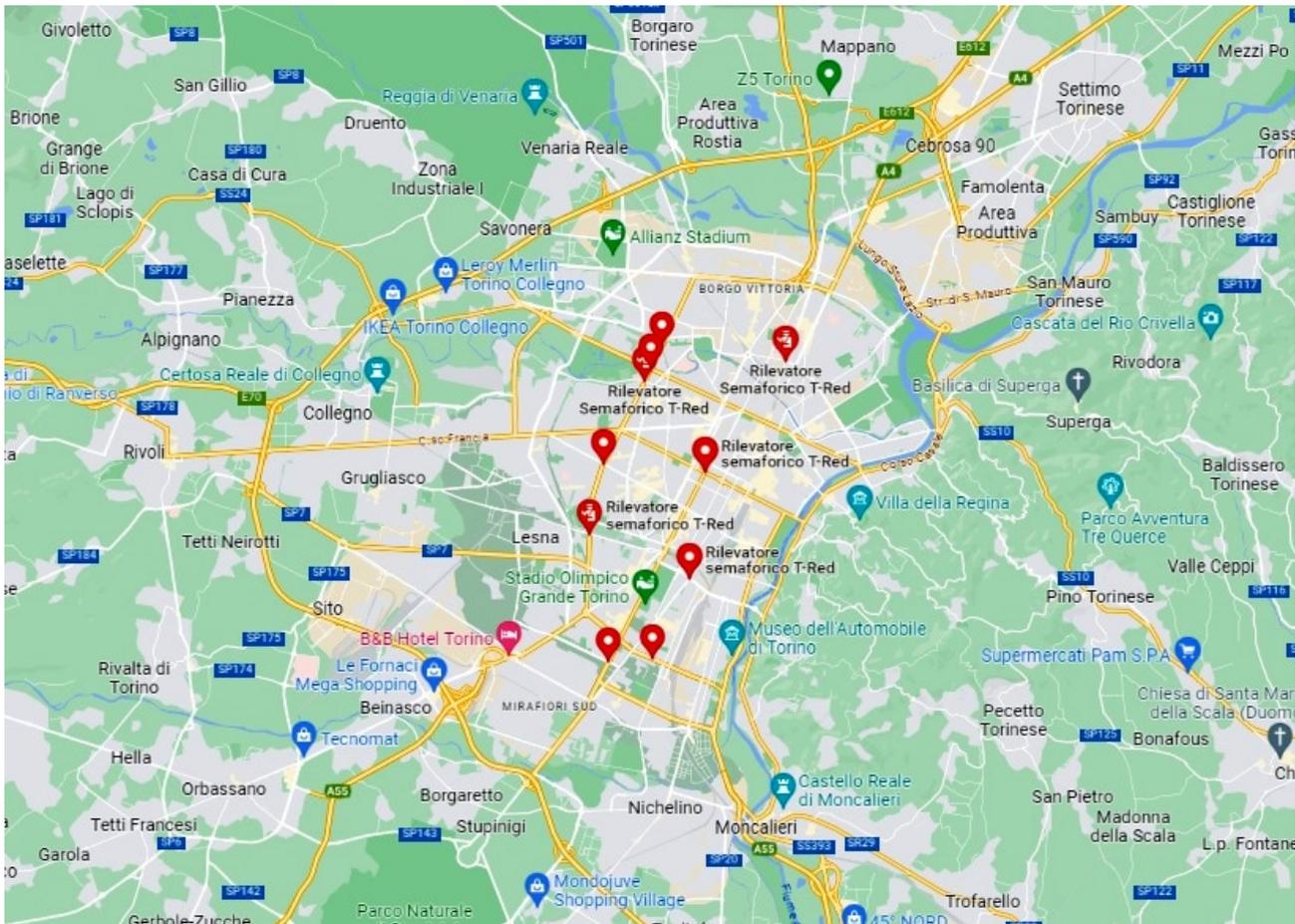
Mentre il governo Meloni sta rimettendo mano al codice della strada per migliorare la sicurezza stradale e ridurre gli incidenti, specie quelli mortali, si torna a parlare di T-red o Photored, ovvero di semafori intelligenti che elevano multe a chi passa con il rosso e a chi fa un uso scorretto delle corsie agli incroci. Oltre ai nuovi casi di ritiro della patente per chi guida con il cellulare, in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di droghe, il ministro Salvini ha promesso multe più salate per chi passa con il rosso, infrazione considerata gravissima perché mette a rischio la vita dei pedoni e degli automobilisti. Il pensiero va subito al T-red, già oggetto di numerose polemiche da parte degli automobilisti, perché considerato da alcuni come un nuovo sistema per fare cassa e non come mero strumento per migliorare la sicurezza stradale.

Le lamentele degli automobilisti sul T-red

Molti i comuni e le città che hanno deciso di adottare questo sistema di telecamere e sensori ai semafori: Prato, Torino, Pescara, Roma, la lista è lunghissima. Di contro sono spuntati come funghi sui principali social network gruppi di automobilisti inferociti perché convinti di aver ricevuto una multa ingiusta che non ha nulla a che fare con il passaggio con il rosso. A Torino, ad esempio, durante il consiglio comunale di giugno è emerso che solo il 15% delle sanzioni emesse con questi dispositivi riguarda il mancato stop al semaforo: poco più di 14mila multe contro le 93mila totali. Tutte le altre (78mila circa) contestano altre infrazioni, come il superamento della linea bianca di arresto o il cambio di corsia di indirizzamento. In questi casi però la sanzione è molto più bassa, va dai 42 ai 173 euro con -2 punti sulla patente, ma per farsi riconoscere la giusta infrazione molto spesso bisogna contestare il verbale. Salvi invece coloro che commettono involontariamente un'infrazione, magari per far passare mezzi di soccorso, in

quanto l'accertamento della violazione deve essere fatta da un pubblico ufficiale dopo aver visionato foto e filmati.

E poi c'è il problema del giallo che dura troppo poco. "Non è possibile che a seconda di dove si va il giallo dura da pochi istanti a 6-8 secondi", ha dichiarato Lacquaniti ricordando che il giallo non serve ad accelerare ma a liberare l'incrocio evitando frenate pericolose. "Questo settore deve essere disciplinato con norme chiare e obbligatorie per tutti. Il fatto che il T-red non sia soggetto ad autorizzazione ci vede perplessi, dovrebbe essere come l'autovelox".



Torino mappa T-red

T-red, a Torino solo il 15% delle multe per passaggio con il rosso: "Dato inquietante"

Semafori intelligenti: "Serve l'intervento di un soggetto terzo: il prefetto"

Il ricorso al T-red deve avere come obiettivo quello della sicurezza stradale, ha ribadito Lacquaniti sottolineando che l'installazione di questi dispositivi non deve avvenire "in base all'interesse dei comuni ma deve avvenire sull'analisi di dati oggettivi, come il numero di incidenti e la loro gravità. Devono essere utilizzati dove c'è effettivamente bisogno di maggiore sicurezza". Ha poco senso, ad esempio, installare questo tipo di tecnologia su un attraversamento pedonale a richiesta, mentre sarebbe molto più utile su una strada ad alto scorrimento in centro città. Attualmente però sono i comuni a decidere autonomamente dove e come installare i semafori intelligenti, con tutte le problematiche del caso. E allora chi deve decidere? "Un soggetto terzo che non ha interessi, dovrebbe essere il prefetto, come per gli autovelox. È importante che tutti i sistemi di rilevamento automatico delle infrazioni stradali abbiano una stessa cabina di regia e un unico soggetto deputato alla loro autorizzazione, perché solo così si possono evitare certe storture che in passato sono purtroppo capitate".

T-red: "L'obiettivo non è fare le multe"

Non è tutto: per evitare la "giungla e azioni estemporanee non corrette auspichiamo che intervenga una norma a chiarire i tempi del giallo. La durata del giallo andrebbe regolata in base alla grandezza dell'incrocio e quindi ai tempi necessari per liberarlo", ha chiosato Lacquaniti ricordando che "ognuno si regola il semaforo come vuole perché non c'è una legge. Ogni azione non disciplinata, lasciata alla libera interpretazione dei singoli comuni rischia di avere un effetto boomerang, perché se io percepisco il sistema come ingiusto e vessatorio poi farò di tutto per farlo togliere".

Concludendo il portavoce dell'Associazione nazionale funzionari pubblici ricorda che i sistemi di controllo a distanza aiutano tantissimo, specie quando c'è carenza di personale, però devono essere regolati "perché altrimenti diventano come gli autovelox killer fatti solo per fare cassa". Gli autovelox o i T-red, dunque, non sono ingiusti, l'importante è l'uso che se ne fa, come quando non si regola correttamente la durata del giallo nel caso dei semafori intelligenti. Proprio per questo serve una legge chiara e precisa che non lasci spazio a interpretazioni.

Guerra Ucraina, l'attacco del Cremlino: "Droni su Mosca atto di terrorismo"

[mosca](#) [terrorismo](#) [ucraina](#)



Sullo stesso argomento:

Furia russa sulla città natale di Zelensky: morte e distruzione

04 luglio 2023

Droni su Mosca, scontro internazionale. La portavoce del ministero russo degli Esteri Maria Zakharova, ha definito un «atto di terrorismo» il tentato attacco con droni, ritenuto opera delle forze ucraine, nel territorio della regione di Mosca. «Il tentativo da parte del regime di Kiev di attaccare l'area in cui si trovano infrastrutture civili, compreso l'aeroporto, che tra l'altro accetta voli stranieri, è un altro atto di terrorismo», ha scritto Zakharova su Telegram. «Considerando che Zelensky sta compiendo questi attacchi terroristici con armi fornite dall'Occidente o acquistate con fondi occidentali questo è terrorismo internazionale», ha aggiunto. «La comunità mondiale deve rendere

conto che Stati Uniti, Gran Bretagna e Francia - membri permanenti del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite - finanziano il regime terroristico», conclude la portavoce.



Flor De Caña 18 Y.O. Rum

Un rum ultra-premium di 18 anni, corposo e dal brillante colore ambrato. Aroma squisito con note di noci e caramello e un sapore intenso di vaniglia e spezie, con un finale lungo ed extra liscio. Perfetto da degustare liscio on the rocks e con una buccia d'arancia. Flor de Caña è un rum premium prodotto in modo sostenibile certificato Carbon Neutral & Fair Trade. Da una tenuta di famiglia del...

Sponsorizzato da Spirit Academy



Bombardamenti per scacciarli dal Paese: droni della Libia sulla base Wagner

L'attacco con i droni era stato confermato dallo stesso sindaco di Mosca Sergei Sobyenin, su Telegram.: "È stato fatto un altro tentativo di attacco da parte di droni ucraini» nella «regione di Mosca». Al momento «gli attacchi sono stati respinti dalle forze di difesa aerea, tutti gli UAV rilevati sono stati eliminati. Per motivi di sicurezza alcuni voli sono stati temporaneamente deviati dall'aeroporto di Vnukovo. Non si registrano vittime o feriti e sul posto sono presenti i soccorsi».

I dati del Politecnico di Milano. Consulenti del lavoro sopra a commercialisti e avvocati

Studi sempre più in digitale

Spesa a quota 1,765 miliardi (+ 600 milioni dal 2015)

DI MICHELE DAMIANI

È di quasi 2 miliardi la spesa digitale degli studi italiani nel 2022. In particolare, si tratta di 1,765 miliardi, con un aumento di più di 600 milioni rispetto al 2015, quando ci si fermò a quota 1,115. E il dato è destinato a crescere ancora, visto che per il 2023 si stima un aumento del 7,2% rispetto a quest'anno. Sono gli studi multidisciplinari a guidare la classifica, mentre se il paragone si restringe alle professioni intellettuali i più "generosi" sono i consulenti del lavoro mentre a spendere di meno sono gli avvocati. In generale, comunque, oltre sette studi su dieci spendono al massimo tremila euro all'anno. È quanto emerge dalla ricerca dell'Osservatorio professionisti e innovazione digitale della school of management del politecnico di Milano, presentata ieri durante il convegno «Studi

Spesa digitale degli studi (2022)

Spesa complessiva	1,765 miliardi di €
Spesa studi multidisciplinari	Media di 25.060 €
Spesa studi consulenti del lavoro	Media di 11.950 €
Spesa studi commercialisti	Media di 11.390 €
Spesa studi avvocati	Media di 8.890 €

professionali, una nuova visione digitale per attrarre giovani e far evolvere i clienti».

Secondo i risultati della ricerca, quindi, nel 2022 avvocati, commercialisti e consulenti del lavoro italiani hanno investito complessivamente 1,765 miliardi di euro in tecnologie digitali, una cifra in linea con il 2021(+0,4%). Decisamente più rosee le previsioni per il 2023, in cui la spesa digitale dovrebbe segnare una crescita di circa il 7%, per arrivare a un valore stimato di poco meno di 1,9 miliardi di euro. Le organizzazioni multidisciplinari, come detto, conti-

nuano a investire mediamente più delle altre categorie, 25.060 euro, mentre la spesa digitale media dei consulenti del lavoro è pari a 11.950 euro, quella dei commercialisti 11.390 euro e quella degli avvocati 8.890 euro. Il 41% degli studi multidisciplinari investe più di 10.000 euro, contro il 34% dei consulenti del lavoro, il 23% dei commercialisti e solo l'11% degli avvocati. Quasi sette studi legali su dieci, però, investono massimo 3mila euro all'anno in tecnologie. La categoria legale è anche quella maggiormente in sofferenza per redditività, con solamente il 57% de-

gli studi in positivo nel biennio 2021-2022, contro una media di oltre il 70% per le altre discipline.

La ricerca, poi, si concentra sulla visione del futuro della professione che hanno gli studi; in quelli multidisciplinari gli ottimisti sono una minoranza (il 38% degli avvocati, il 41% dei commercialisti, il 45% dei consulenti del lavoro), in quelli multidisciplinari il 59%. «È il principale pericolo per il futuro, secondo i professionisti è rappresentato dalle diverse piattaforme digitali, alcune delle quali ricorrono anche all'intelligenza artificiale, che potrebbero erogare servizi sostituendo le attività più standardizzate, evidenziato dal 40% degli avvocati, 37% di commercialisti e consulenti per il lavoro e 35% dei multidisciplinari», spiegano dall'Osservatorio.

Il secondo futuro pericolo per i professionisti è non riuscire ad assumere personale per supportare il percorso di

crescita dello studio, il terzo non riuscire a realizzare il passaggio generazionale. Per tutti, infatti, emerge la difficoltà ad attrarre e trattenere i giovani, principalmente a causa della bassa retribuzione (in particolare per il 56% degli avvocati e il 41% di commercialisti e multidisciplinari), della difficoltà a vedere percorsi di carriera strutturati (43% avvocati e 42% multidisciplinari) e dello scarso bilanciamento tra lavoro e vita privata (54% commercialisti, 50% multidisciplinari e 38% avvocati e consulenti del lavoro).

«La dicotomia tra studi micro-piccoli e studi più strutturati è destinata ad allargarsi. Occorre elaborare una nuova visione nei confronti del digitale, anche per introdurre nuovi paradigmi gestionali negli studi e presso la clientela», è il commento di Claudio Rorato, responsabile scientifico e direttore dell'Osservatorio.

© Riproduzione riservata

CONTRIBUTI Scambio telematico Inps-Casse

Prende il via lo scambio telematico di comunicazioni tra Inps e Casse dei professionisti ai fini della ricongiunzione dei versamenti contributivi. A seguito della convenzione adottata lo scorso aprile tra i diversi enti, l'Inps comunica (con il messaggio 2498/2023) che sono già disponibili alcuni servizi, dalla richiesta da parte della Cassa professionale del prospetto di contributi versati all'Inps, all'invio della certificazione da parte di quest'ultimo della certificazione quale ente trasferente, fino alla notifica dell'esito dell'operazione di ricongiunzione. I servizi sono operativi per le Casse che aderiscono alla convenzione e che predispongono le rispettive procedure necessarie alla gestione. In un momento successivo, spiega ancora l'Inps, saranno implementati i servizi relativi alla facoltà di ricongiunzione ai sensi dell'articolo 1, comma 1, della legge n. 45/1990, previa comunicazione a mezzo posta elettronica certificata (PEC) da parte dell'Istituto a ciascuna Cassa stipulante. Fino ad allora, le ulteriori fasi del procedimento continuano a seguire le modalità ordinarie attualmente in uso.

© Riproduzione riservata

PROTOCOLLO Ristorazione, più tutele ai lavoratori

Valorizzare il comparto enogastronomico italiano attraverso la promozione del diritto al lavoro. È l'obiettivo del protocollo d'intesa siglato dalla Fondazione studi consulenti del lavoro con l'Associazione italiana ambasciatori del gusto (Adg). L'intesa vuole sviluppare una collaborazione sinergica per migliorare le condizioni lavorative di chi opera nell'ambito di una delle principali eccellenze italiane, incentivando la legalità e la trasparenza nei rapporti professionali nonché la predisposizione di ambienti di lavoro sicuri. «La Fondazione metterà a disposizione la propria esperienza per tutelare uno dei fiori all'occhiello del nostro Paese, preservandone la salubrità dei luoghi di lavoro e la corretta diffusione e applicazione delle norme, in nome dei valori della sostenibilità e dell'innovazione», ha commentato il vicepresidente Carlo Martufi.

© Riproduzione riservata

DAL CNDCEC Parità, si eleggono i comitati

arà il 25 luglio il giorno delle elezioni del comitato nazionale pari opportunità degli ordini dei commercialisti. A comunicarlo il Consiglio nazionale di categoria, con l'informativa 88/2023 del 3 luglio. Il Consiglio invita, quindi, ai presidenti dei comitati territoriali presso i capoluoghi di regione a voler provvedere alla convocazione delle assemblee. La convocazione della data segue la modifica al regolamento operata nella seduta del Consiglio nazionale del 22 giugno. Tra le varie modifiche, è stata reinserita la previsione per l'effetto della quale i comitati possano interloquire con gli stessi organismi di altri ordini e con ogni altro organismo pubblico o privato dedicato alle pari opportunità. Eliminata, inoltre, l'incompatibilità fra la carica di componente del comitato territoriale e quella di componente degli organi direttivi degli organismi sindacali di categoria. Introdotta, infine, la previsione con la quale si precisa che le riunioni del Cpo nazionale sono validamente costituite con la presenza, anche attraverso strumenti telematici, della maggioranza dei suoi componenti effettivi.

© Riproduzione riservata

Professionisti, da Intesa SP un mld di € in finanziamenti

Far decollare (o «irrobustire») l'attività professionale grazie a una nuova opportunità di finanziamento agevolato del valore di un miliardo di euro: è quel che può scaturire dall'accordo siglato dal gruppo Intesa San Paolo e dall'associazione delle Casse previdenziali private (l'Adepp, che contempla 1,6 milioni di iscritti) che permetterà, tra l'altro, ai lavoratori autonomi che decideranno di usufruire della chance di poter contare su «servizi bancari dedicati per facilitare la gestione di incassi e pagamenti, anche in mobilità» e in modalità «contactless», insieme a proposte di protezione per tutelare lo studio, salvaguardare il patrimonio e fronteggiare pure eventuali attacchi informatici. Un'iniziativa che s'inserisce nel solco del progetto (appena divenuto operativo, anticipato da ItaliaOggi il 30 dicembre 2022) che vede protagonisti 7 Enti pensionistici che assicurano medici e dentisti, avvocati, dottori commercialisti, consulenti del lavoro, ingegneri, architetti, dottori agronomi e forestali, fisici, chimici, geologi, biologi e biologi, che hanno sovvenzionato con 5,4 milioni le sottosezioni Professionisti del fondo di garanzia per le Pmi (Piccole e medie imprese) gestito dal Mediocredito centrale, nel quadro della sezione speciale istituita da Cassa depositi e prestiti (Cdp); i due piani, infatti, s'intersecano in maniera significativa, al punto che è prevista anche «la definizione di accordi dedicati tra banca e singole Casse associate, per soddisfare gli specifici bisogni di ciascuna categoria».

Il lavoro professionale, è il commento del presidente dell'Adepp Alberto Oliveti, è «sempre di più al centro delle nostre politiche di welfare», mediante azioni di supporto agli iscritti agli Enti «sia nell'affrontare la possibile discontinuità della carriera e il conseguente calo del reddito, sia nelle sfide dettate dai cambiamenti in atto», mentre per il responsabile Divisione Banca dei territori di Intesa San Paolo Stefano Barrese, le facilitazioni per i professionisti contribuiranno a «generare valore per la collettività».

Simona D'Alessio

© Riproduzione riservata