

RASSEGNA STAMPA

a cura dell'Ufficio Protocollo dell'A.O.U. Federico II

23 FEB 2018

Riscossione. Dal 1° marzo scende a 5mila euro la soglia per il blocco dei versamenti ai contribuenti con pendenze fiscali

Pagamenti Pa, stretta sui controlli

Verifica entro 5 giorni delle eventuali cartelle non pagate - Raddoppiato il periodo di sospensione

Antonio Iorio

Si abbassa la soglia per effettuare il blocco dei pagamenti da parte delle Pubbliche amministrazioni e delle società a totale partecipazione pubblica a favore di contribuenti che hanno pendenze con agenzie delle Entrate-Riscossione.

Dal 1° marzo infatti il blocco avverrà per debiti di ammontare superiore a 5mila euro e non più 10mila.

La modifica, contenuta nella legge di Bilancio (legge 205/2017, articolo 1, comma 986) non aveva infatti decorrenza immediata ma differita a giovedì 1° marzo.

La stessa norma peraltro prevede anche l'aumento del termine per la sospensione del pagamento - finora fissato in 30 giorni - che, sempre dal 1° marzo 2018, si raddoppia in 60 giorni.

Ma vediamo in sintesi il funzionamento della procedura in conseguenza di queste modifiche.

In via generale, le amministrazioni pubbliche e le società a partecipazione pubblica, prima di effettuare a qualunque titolo il pagamento di un importo superiore a 5mila euro, verificano, anche in via telematica, se il beneficiario sia inadempiente all'obbligo di versamento derivante dalla notifica di una o più cartelle di pagamento per un ammontare complessivo pari almeno a tale importo e, in caso affermativo, non procedono al pagamento e segnalano la circostanza all'agente della riscossione competente per territorio, ai fini dell'esercizio dell'attività di riscossione delle somme iscritte a ruolo.

Questa disposizione non si applica alle aziende o società

che abbiano ottenuto la dilazione del pagamento.

Sotto il profilo operativo, i soggetti pubblici prima di effettuare, a qualunque titolo, pagamenti di importo superiore a 5mila euro, inoltrano in via telematica una specifica richiesta all'agenzia delle Entrate-Riscossione per verificare se risultino debitori di somme.

L'ente di riscossione, nei cinque giorni successivi alla richiesta, verifica se il beneficiario risulti moroso in relazione a una o più cartelle di pagamen-

OLTRE IL PIGNORAMENTO

Possibile notificare al terzo l'ordine di saldare il credito direttamente all'agente della riscossione

to, per un importo totale pari almeno alle somme suindicate.

Se non risulta un inadempimento, ovvero se l'ente di riscossione non fornisce alcuna risposta entro i cinque giorni, il soggetto pubblico procede al pagamento a favore del beneficiario delle somme ad esso spettanti.

In caso contrario (presenza di cartelle di pagamento non onorate) l'agente della riscossione comunica alla pubblica amministrazione:

- l'ammontare del debito non pagato;
- l'intenzione di procedere al pignoramento presso terzi.

Il soggetto pubblico sospende quindi il pagamento delle somme per i 60 giorni successivi alla comunicazione (finora il termine era di 30 giorni) sino a concorrenza del debito indica-

to dall'Agenzia; quest'ultima poi notifica il pignoramento presso terzi nelle forme dell'ordine di pagamento di cui all'articolo 72-bis del Dpr 602/73.

In luogo dell'ordinaria notifica del pignoramento (articolo 543 del Codice di procedura civile) l'agente della riscossione può notificare al terzo l'ordine di pagare il credito direttamente nelle mani dello stesso agente (articolo 72-bis del Dpr 602/73).

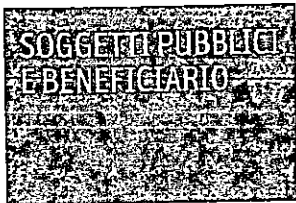
Se durante la sospensione e prima della notifica dell'ordine di versamento intervengono pagamenti da parte del beneficiario o provvedimenti dell'ente creditore che fanno venir meno l'inadempimento o ne riducono l'ammontare, l'agente della riscossione lo comunica prontamente al soggetto pubblico, indicando l'importo del pagamento che quest'ultimo può conseguentemente effettuare a favore del beneficiario.

Da segnalare infine che secondo i giudici di legittimità (Cassazione 8846/2016) nel blocco dei pagamenti non rientrano le somme dovute dall'amministrazione al contribuente a seguito di sentenza. È il caso ad esempio di quando l'agenzia delle Entrate è debitrice del contribuente per effetto di una sentenza tributaria ma, nel contempo, il medesimo contribuente ha somme iscritte a ruolo.

Secondo la Suprema corte l'articolo 48 bis del Dpr 600/73 riguarda esclusivamente la casistica in esso delineata, ed è estranea alle fasi giurisdizionali, e quindi il pagamento in questi casi deve essere eseguito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

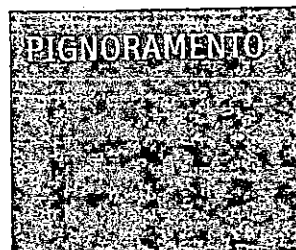
I punti chiave



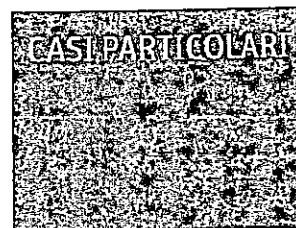
Sono soggetti pubblici le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del Dlgs 165/2001 e le società a totale partecipazione pubblica. Il «beneficiario» invece è il destinatario di un pagamento, a qualunque titolo, di una somma superiore a 5mila euro da effettuarsi da parte dei soggetti pubblici



È il mancato assolvimento da parte del beneficiario, nel termine di 60 giorni previsto dell'obbligo di versamento di un ammontare complessivo pari almeno a 5mila euro, derivante dalla notifica di una o più cartelle di pagamento, relative a ruoli consegnati agli agenti della riscossione a decorrere dal 1° gennaio 2000



L'atto di pignoramento dei crediti del debitore verso terzi può contenere l'ordine al terzo di pagare il credito direttamente al concessionario fino a concorrenza del credito per cui si procede:
a) nel termine di 60 giorni dalla notifica dell'atto di pignoramento, per le somme per le quali il diritto alla percezione sia maturato anteriormente alla data di tale notifica;
b) alle rispettive scadenze, per le restanti somme



Le somme dovute a titolo di stipendio, di salario o di altre indennità relative al rapporto di lavoro o di impiego, comprese quelle dovute a causa di licenziamento, possono essere pignorate dall'agente della riscossione in misura pari a un decimo per importi fino a 2.500 euro, in misura pari a un settimo per importi superiori a 2.500 euro e non superiori a 5mila euro, per un quinto se superano i 5mila euro



Il blocco dei pagamenti non si applica a chi ha ottenuto la dilazione del pagamento. Inoltre se durante la sospensione e prima della notifica dell'ordine di versamento intervengono pagamenti o provvedimenti dell'ente creditore che fanno venir meno l'inadempimento o ne riducono l'ammontare, l'agente della riscossione lo comunica al soggetto pubblico, indicando l'importo del pagamento che può effettuare a favore del beneficiario

Cassazione. Depositate le motivazioni delle Sezioni unite che dirimono il contrasto sulla riforma della responsabilità varata nel 2017

Rimane la colpa medica «lieve»

L'osservanza delle linee guida non esclude l'imperizia da parte del professionista

Riccardo Borsari

Sono state depositate ieri le motivazioni della sentenza 8770/18, con la quale le Sezioni unite della Cassazione hanno affrontato il contrasto giurisprudenziale sul perimetro della nuova disciplina della responsabilità sanitaria (Legge 24/2017) e i correlati profili di diritto intertemporale. Le Sezioni unite affrontano una pluralità di temi nell'intento di offrire un'interpretazione costituzionalmente conforme della nuova legge e di individuare il significato più coerente del dato precettivo, alla luce delle finalità perseguite dal legislatore.

La Corte, pur evidenziando come in ciascuna delle due sentenze alla base del contrasto (Tarabori e Cavazza) siano state formulate osservazioni condivisibili, rimar-

ca la mancanza di una sintesi interpretativa complessiva, capace di delineare l'effettiva portata del nuovo articolo 590-sexies del Codice penale. Si segnala l'attenzione rivolta alle linee guida, le quali, anche a seguito della procedura introdotta dalla nuova disciplina, non perdono la loro intrinseca essenza di condensato delle acquisizioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche concernenti i singoli ambiti operativi, enunciate dopo accurata selezione, pur senza pretese di fissità e vincolatività.

La Corte, poi, non condivide l'impostazione delle due sentenze sull'estensione della causa di non punibilità introdotta dal nuovo articolo 590-sexies: l'una commette infatti l'errore di non conservarne alcuno spazio di operatività, offrendone un'interpretazione

abrogatrice collidente con l'intento del legislatore di contrastare la «medicina difensiva»; l'altra valorizza la norma in modo assoluto, attribuendole una portata impropriamente lata. Presupposto per l'operatività della causa di non punibilità è il fatto che il sanitario abbia cagionato per colpa da imperizia l'evento lesivo o mortale, pur essendosi attenuto alle linee guida adeguate al caso di specie. Le fasi dell'individuazione, selezione ed esecuzione delle linee guida adeguate sono, infatti, articolate al punto che la mancata realizzazione di un segmento del relativo percorso giustifica ed è compatibile tanto con l'affermazione che le linee guida sono state nel loro complesso osservate, quanto con la contestuale rilevazione di un errore parziale che, nonostante ciò,

si sia verificato, con valenza addirittura decisiva rispetto all'evento morte o lesioni colpose.

Per le Sezioni unite la mancata evocazione esplicita della «colpa lieve» da parte del legislatore non impedisce di tenerne conto, posto che l'esenzione da pena per il sanitario rispettoso delle raccomandazioni in tanto si comprende in quanto tale osservanza sia riuscita a eliminare la commissione di errore colpevole non grave, eppure causativo dell'evento.

La Corte affronta anche il tema dell'individuazione della legge più favorevole, enucleando i casi immediatamente apprezzabili: la disciplina previgente (Legge 189/2012) risulta più favorevole in relazione alle contestazioni per comportamenti negligenti o imprudenti del sanitario, commessi

prima della riforma, con colpa lieve, nonché nell'ambito della colpa da imperizia, qualora l'errore determinato da colpa lieve sia caduto sul momento "selettivo" delle linee guida e, cioè, sulla valutazione della loro appropriatezza. Infine, sempre nell'ambito della colpa da imperizia, l'errore determinato da colpa lieve nella sola fase attuativa andava esente per la legge Balduzzi ed è oggetto di causa di non punibilità in base all'articolo 590-sexies, essendo, in tale prospettiva, ininfluente, in relazione all'attività del giudice che si trovava a decidere con la nuova legge su fatti verificatisi antecedentemente alla sua entrata in vigore, la qualificazione giuridica dello strumento tecnico attraverso il quale giunge al verdetto liberatorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CYBER SICUREZZA**In crescita frodi
e crimini informatici**

Cybercrime seguito a breve distanza dall'appropriazione indebita, le frodi dei consumatori, quelle contabili per finire con le pratiche commerciali scorrette. Sono questi i crimini informatici che colpiscono più frequentemente le aziende italiane secondo l'edizione 2018 del Global economic crime e fraud survey di Pwc. Il cybercrime è più che raddoppiato raggiungendo il 45% dei casi dal 20% del 2016. Nel mirino dei criminali si sono gli asset aziendali, proprietà intellettuali e dati da rubare per chiedere un riscatto. In un caso su due le frodi sono organizzate dai clienti, un altro 30% da hacker professionisti, il 20% da partner commerciali. I danni causati sono milionari e nel 24% si supera il milione. È solo la punta dell'iceberg perché molto spesso le frodi non vengono nemmeno intercettate o denunciate per evitare maggiori danni reputazionali.

Corte del Lussemburgo. Recesso compatibile se non fondato sulla condizione della donna

Per la Ue lecito licenziare le lavoratrici in gravidanza

In Italia azione possibile solo se chiude l'intera azienda

Giampiero Falasca

Una legge nazionale che consente di licenziare la lavoratrice in stato di gravidanza nell'ambito di una procedura di licenziamento collettivo non è contraria al diritto comunitario; ciascuno Stato membro resta, tuttavia, libero di prevedere forme di tutela più forti per le dipendenti madri e gestanti. Con queste motivazioni la sentenza della Corte di giustizia pubblicata ieri (Causa C 103/2016), ha rimosso ogni dubbio sulla legittimità della normativa vigente in Spagna.

La controversia è nata a seguito del licenziamento di una lavoratrice in stato di gravidanza nell'ambito di una procedura di riduzione collettiva del personale avviata da una banca. Tale recesso è stato intimato nel rispetto delle norme spagnole, che vietano il licenziamento delle lavoratrici gestanti salvo il caso in cui il recesso sia dovuto a motivi non riguardanti la gravidanza o l'esercizio del diritto ai permessi e all'aspettativa conseguenti alla maternità.

Il giudice locale ha sollevato la questione del possibile contrasto con le norme della direttiva 92/85, con la quale sono definite misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle donne gestanti, puerpere o in periodo di allattamento.

La Corte di giustizia ritiene infondato questo dubbio, rilevando che il divieto di licenziamento posto dalla direttiva mira a prevenire gli effetti dannosi sullo stato fisico e psichico delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento, che può generare un rischio di licenziamento per motivi

connessi al loro stato. Per prevenire questo rischio, sono previste pesanti sanzioni per tutti i provvedimenti che abbiano come presupposto lo stato personale della lavoratrice. Al contrario, osserva la Corte, la direttiva non vieta il licenziamento durante il periodo dall'inizio della gravidanza fino al termine del congedo di maternità, qualora l'atto sia fondato su motivi non connessi allo stato di gravidanza della lavoratrice.

Tali motivi possono essere, precisa la Corte, economici, tecnici o relativi all'organizzazione o alla produzione dell'impresa, e devono essere indicati per iscritto dal datore di lavoro, il quale deve comunicare alla lavoratrice gestante i criteri oggettivi adottati per designare il personale da licenziare.

La Corte prende posizione anche sul regime sanzionatorio applicabile alla fattispecie, precisando che la tutela risarcitoria in favore delle donne gestanti puerpere e in allattamento deve essere accompagnata dall'espresso divieto di recesso per motivi fondati sulla condizione personale della lavoratrice.

La sentenza - nella parte relativa alla possibilità di licenziare le lavoratrici madri nell'ambito di una procedura di riduzione del personale - potrebbe (in linea teorica) legittimare un ripensamento sulla materia, ma non avrà alcun impatto immediato sulle norme vigenti in Italia, che impediscono, anche in caso di procedura collettiva, il licenziamento della lavoratrice madre, a meno che non ci sia una chiusura dell'intera azienda.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Maternità

L'Oms: un diritto i parti indolori ma l'Italia è ancora agli ultimi posti

Le nuove linee guida raccomandano di garantire l'epidurale alle donne che lo chiedono. Eppure da noi si fa solo in un caso su cinque

MICHELE BOCCI, ROMA

I punti



Partorirai senza dolore, perché secondo la massima autorità sanitaria mondiale l'epidurale è un tuo diritto. L'Oms ha appena pubblicato un documento considerato rivoluzionario da chi si batte da anni per l'analgesia durante il travaglio. In Italia l'impatto sarà forte, perché da noi questa pratica è assai meno diffusa rispetto ad altri Paesi europei e nord americani. Tra le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità contenute nelle 200 pagine di "Intrapartum care for a positive childbirth experience-2018" (dedicate a come rendere la nascita un'esperienza positiva), ce n'è una, la numero 19, che riguarda l'analgesia epidurale. Stabilisce che questa pratica è appunto raccomandata per le donne sane che chiedono il sollievo dal dolore durante il travaglio.

L'Italia ha un rapporto non facile con questo trattamento farmacologico, che viene praticato poco

1 L'Italia sotto al 20%. Si stima che solo un quinto delle donne che partoriscono nel nostro Paese facciano l'analgesia epidurale contro il dolore

2 Gli altri Paesi. L'Italia è in fondo alla classifica della diffusione dell'epidurale. La Francia è al 75%, gli Usa al 65, la Spagna al 60, la Svezia al 45, il Regno Unito al 30

3 Il caso Roma. Al Fatebenefratelli, dove nascono circa 4mila bambini all'anno, il 90% delle donne fa l'epidurale

4 Le nascite. Nel 2017 in Italia sono nati 464mila bambini. Il dato è in calo costante da 13 anni. Dal 2015 si è scesi sotto la soglia del mezzo milione

sia per motivi organizzativi che per una domanda piuttosto ridotta da parte delle stesse donne. Così da noi si fa nel 18-20% dei parti, contro ad esempio il 75% della Francia, il 65 degli Usa e il 60 della Spagna. Come sempre in sanità, la situazione varia da una Regione all'altra. C'è chi da tempo offre almeno in alcune sale parto, di solito le più grandi, un servizio di anestesia dedicato, e chi è molto più indietro. Dove si fa, comunque, capita che l'epidurale salti all'ultimo momento per l'improvvisa indisponibilità del medico, magari impegnato su un'urgenza. Tutto questo avviene malgrado che dal 2017 le "procedure di controllo del dolore nella fase travaglio-parto" siano entrate ufficialmente nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza che tutte le Regioni devono assicurare. «In Italia abbiamo ancora un problema di raccolta dati, comunque l'epidurale non è garantita a tutte le donne, soprattutto in certe zone». A parlare è Maria Grazia Frigo, la responsabile del servizio di anestesia del Fatebenefratelli di Roma, dove nascono 4.000 bambini l'anno e dove il 90% delle puerpere fanno l'analgesia durante il travaglio. «Siamo ancora molto più bassi di altri Paesi europei, anche prendendo in considerazione regioni che da tempo lavorano per offrire questo servizio. Penso alla Lombardia, dove l'epidurale si fa solo al 24% delle donne».

La dottoressa Frigo è molto colpita dalla presa di posizione dell'Oms. «È la prima volta che raccomanda questo trattamento - dice - La cosa interessante è che lo fa in un documento finalizzato a ridurre la medicalizzazione del parto. Significa che l'epidurale non è vista come una pratica che interrompe la sua "naturalità". Inoltre l'Oms emancipa le donne, praticamente dice loro che possono chiedere l'analgesia senza sentirsi in colpa». In Italia le resistenze restano. «C'è un problema culturale. Un

pregiudizio secondo il quale il controllo farmacologico del dolore anestetizza le emozioni e compromette la fisiologia del travaglio. Questo non è vero. Anzi, ridurre la sofferenza non è solo umanizzazione ma permette alla partoriente una maggiore consapevolezza».

Salvo Di Grazia, ginecologo trevigiano, affronta il tema della scelta delle donne. Ma premette. «L'Oms da tempo sottolinea che la salute è il benessere generale. E

quindi anche l'assenza di dolore. Tutelare la donna vuol dire consentire di scegliere il mezzo per non farla soffrire. Da noi comunque c'è una fortissima barriera culturale, forse anche religiosa, nelle stesse partorienti. Così accanto a servizi che, magari per problemi di organico non riescono a fare il trattamento, ci sono soprattutto le donne che la chiedono poco. Come se pensassero che è meglio soffrire».

RIPRODUZIONE RISERVATA

La «veg» morta di cancro Veronesi: non è la dieta un'alternativa ai farmaci

L'oncologo e la youtuber che diceva di essere guarita col cibo

Era una star di YouTube. Nei suoi video spiegava che la dieta vegana l'aveva guarita dal cancro al seno, scoperto nel 2015. Mari Lopez è morta lo scorso dicembre. A darne notizia è stata la nipote Liz in un video in cui rivela che il tumore si era esteso ai polmoni, al fegato e al sangue, nonostante un tardivo ciclo di chemio e radioterapia. Il decesso secondo la nipote non sarebbe però avvenuto «nonostante», bensì «a causa» di questi estremi tentativi. Non è una storia nuova. Che la dieta vegana possa guarire dal cancro è una fake news arrivata anche in Italia, propagandata da gruppi sui social network.

«La dieta vegana può andare bene ed essere coadiuvante delle terapie per chi ha avuto

un tumore» spiega Paolo Veronesi, direttore del programma di senologia all'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) di Milano. «Un'alimentazione corretta, vegana, vegetariana o meno, equilibrata e con un giusto apporto calorico, può anche contribuire a ridurre i rischi di recidiva della malattia, ma nessun regime dietetico può sostituire le terapie mediche appropriate, che abbassano significativamente anche il rischio di metastasi» precisa lo specialista.

«Se si agisce tempestivamente le possibilità di guarigione dal cancro al seno ormai sono altissime. Non c'è motivo per sostituire i trattamenti disponibili con diete o altre ipotetiche soluzioni di non provata efficacia, a mag-

Chi è



Paolo Veronesi, 57 anni, è direttore del programma di senologia all'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) di Milano

gior ragione oggi che le cure sono molto meglio tollerate rispetto a quelle anche solo di pochi anni fa». «Non si tratta di demonizzare la dieta vegana o vegetariana» conclude Veronesi. «Anzi: è provato che ridurre l'apporto di proteine animali comporta molti benefici, ma non è di certo un'alternativa alle medicine».

Liz Lopez ha anche svelato che la zia avrebbe voluto rimuovere dal web i video in cui sosteneva che la dieta vegana potesse guarire il cancro, ma che lei non lo ha fatto: «Io credo ancora nell'importanza della dieta vegana, so che non guarisce il 100 per cento delle persone ma molti malati guariscono». Un atteggiamento ricorrente in chi ha una ferma convinzione e frequenta solo

o prevalentemente ambienti in cui essa viene confermata e rinforzata. In questo tipo di circoli (virtuali e non) le voci di dissenso vengono di solito emarginate, ridicolizzate, o bollate di complicità con gruppi di potere vari, siano essi le industrie farmaceutiche o altro. L'antidoto è un'informazione corretta, che è a carico di tutti gli attori che giocano un ruolo nella comunicazione, dai medici ai mezzi di informazione ai caregiver.

Ma non è facile avere capacità di penetrazione dove c'è una coesione cementata da un robusto senso di appartenenza. Del resto è noto il fenomeno definito *dissonanza cognitiva*, a causa del quale il nostro cervello tende a resistere a informazioni che mettono in discussione idee radicate. È una resistenza che si può vincere con il coraggio di aprirsi a opinioni diverse, imparando a distinguere fascinazioni da dati oggettivi. Nel caso specifico esistono molti dati a favore dei benefici di una dieta vegana condotta in modo intelligente. Ma quanti dati convincenti esistono che possa guarire dal cancro da sola?

Luigi Ripamonti
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Riconoscimento del Ministero della Salute e dalla European Reference Network per i tumori rari

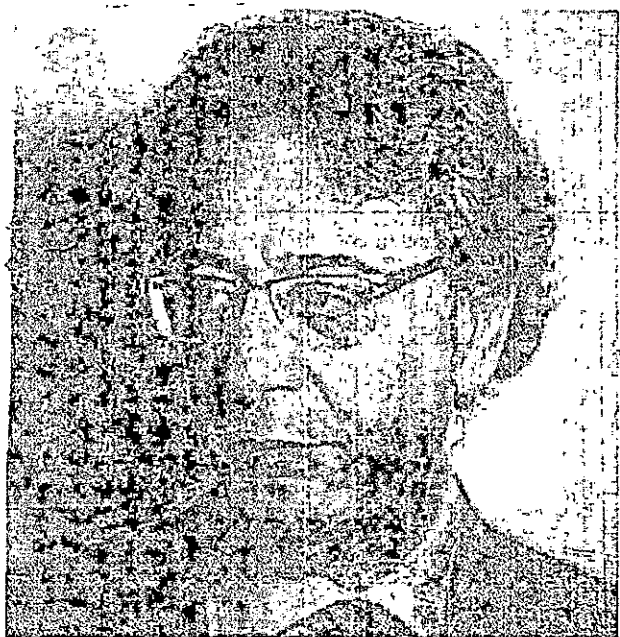
AOU Federico II: centro di eccellenza

L'Oncologia Medica dell'AOU Federico II oggi diretta dal Prof. Sabino De Placido (nella foto), è stata istituita per la prima volta in Italia come disciplina universitaria nel 1979 ed è una delle più rilevanti Scuole in Italia. Le attività assistenziali sono segmentate per gruppi di patologia oncologica, quali: ginecologia, polmone, pancreas, urogenitale, gastrointestinale, testa-collo, melanoma e neuro-oncologico. Il gruppo di patologia mammaria è uno dei centri di coordinamento del Gruppo Italiano Mammella, che coinvolge più di 100 Istituzioni italiane in sperimentazioni cliniche di livello internazionale. L'Azienda è Centro Regionale di Riferimento per i Tumori Rari ed ha ottenuto riconoscimenti e certificazioni dal Ministe-

*Al Policlínico
sono in corso 35
sperimentazioni
di tipo
interventistico*

ro della Salute e dalla *European Reference Network* per i tumori: epiteliali del timo, genitourinari maschili, toracici, endocrini e neuroendocrini. L'Oncologia Medica dell'AOU Federico II offre un servizio di Counseling Oncogenetico strutturato per la presa in carico dei cittadini a rischio di sviluppare tumori ereditari e si occupa della definizione ed attuazione dei percorsi di diagnosi e prevenzione tanto per pazienti oncologici, quanto per loro familiari sani, ma a rischio elevato di sviluppare tumori nell'arco della vita, attuando programmi di screening personalizzati. Ha inoltre all'attivo una grande varietà di sperimentazioni cliniche, che puntano allo sviluppo di nuovi farmaci innovativi anti-tumorali a bersaglio molecola-

re specifico e terapie immunologiche. L'obiettivo è quello di porsi sempre all'avanguardia così da garantire l'accesso a sperimentazioni nazionali ed internazionali ed offrire trattamenti innovativi che amplino il ventaglio di opzioni terapeutiche a disposizione dei pazienti. Fondamentale per le attività dell'Oncologia Medica è il supporto fornito dagli anatomopatologi e biologi molecolari che, grazie a piattaforme oncogenomiche, consentono di definire il profilo molecolare dei tumori e prescrivere terapie dirette contro bersagli molecolari specifici, meno tossiche e più efficaci della chemioterapia tradizionale. Tutto questo nell'ottica di una maggiore personalizzazione dei trattamenti, massimizzandone l'efficacia e riducendone la tossicità, col fine ultimo di migliorare le possibilità di cura e la qualità di vita dei pazienti oncologici.



Il modello è quello del Comprehensive Cancer Center Network

DCA n. 98/16: il ruolo nella ROC dell'AOU Federico II

Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro

di Gaetano D'Onofrio, Direttore Sanitario AOU Università di Napoli Federico II - La visione strategica è stata quella del passaggio da singole Aziende Sanitarie in cui l'utente doveva rapportarsi, con difficoltà nel seguire coerenti percorsi di prevenzione, diagnosi e terapia, assicurandosi quella continuità di cure successive con conseguente emigrazione di pazienti verso altre Regioni a quella della creazione della Rete Oncologica. Questa con gli snodi di CORPS (Centri Oncologici di Riferimento) e CORPUS (Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici Universitari di carattere scientifico), con la creazione di GOM (Gruppi Oncologia Multidisciplinare), ha determinato la rottura della antinomia tra Aziende Ospedaliere, comprese quelle Universitarie, ed ASL perché nell'istituzione dei GOM deve essere previsto un paritetico protagonismo. Ovviamente, esso, non è legato alla replicazione di servizi e/o prestazioni laddove sarebbero ridondanti, bensì al rispetto del lavoro di tutti gli operatori e nella convinzione che la visione olistica della medicina non sia solo nel momento della diagnosi e cura, ma che dagli screening alla riabilitazione, nonché alle cure palliative od alla terminalità, vi sia una presa in carico certa da parte delle istituzioni.

Con questa visione strategica, l'AOU Federico II si è subito orientata a formare dei GOM con le AASSLL, ma anche con strutture religiose ed accreditate, laddove queste ultime avessero numeri tali da indicare una valevole attività nell'ambito di quella tipologia di apparato. Infatti,

nella sanità campana solo con tale vision, che agglutina le migliori competenze e le valorizza, si può recuperare in un tempo breve il gap organizzativo che ancora scontiamo. In particolare, presso l'AOU Federico II con l'ASL NA 2 Nord, il Fatebenefratelli (BN/NA), la Casa di Cura Montevergine di Avellino sono stati

peo (ERN), che sta ad indicare una certificazione di valorizzazione secondo criteri stringenti.

E' da considerare che, l'istituzione dei GOM prevede la creazione di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistiti) specifici che segmentano le varie fasi. Ovviamente, per ogni PDTA si devono com-

versione di tendenza tale da ridurre la forbice tra la speranza di vita, per tali patologie, tra la Campania e le Regioni del Nord Italia. Si ritiene che, nell'ambito della Rete, il tripode su cui l'AOU Università di Napoli Federico II ha sviluppato il modello (Pubblico, Ospedalità religiosa ed accreditata) sia la formula vincente; infatti, la presenza di strutture private-accreditate, se integrate in tale rete con una cabina di regia tramite il GOM può diventare l'arma per rendere sostenibile il recupero della migrazione esterna senza dover aspettare tempi biblici. Pertanto, si ritiene che nella definizione da parte delle AASSLL delle COM (capacità operative massime) per ogni singola struttura accreditata essa va negoziata, nell'ambito oncologico, all'interno di questa cornice non avendo una visione manichea (pubblico VS privato accreditato) ma sinergica. L'AOU Federico II ai sensi del DCA n. 98/16 è sede regionale Corpus e tanto per fare un esempio, esegue circa 40mila chemioterapie ogni anno.

Piccoli centri con poca casistica non possono dare buoni risultati in termini di esiti e di questo si occupa anche la Rete Oncologica Campana che finalmente guarda a Poli oncologici anche specialistici, integrati in rete, specialmente in una Regione che si prepara ad affrontare una emergenza come quella oncologica, dove Terra dei Fuochi o no, comunque la mortalità oncologica è alta e mentre la correlazione con l'inquinamento è comunque allo studio e la riorganizzazione dell'assistenza è già in atto. Intanto, sull'Albo Pretorio sono stati pubblicati i primi bandi per la ROC.

Dr. Gaetano D'Onofrio Direttore Sanitario AOU Federico II



*Come diceva il filosofo
Eraclito: "L'uomo che non
aspira all'impossibile non
potrà mai ottenerlo..."*

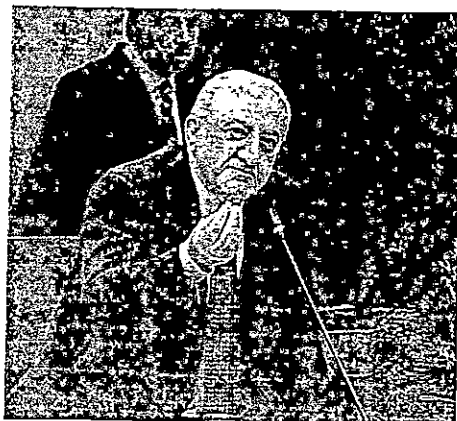
attivati con specifiche delibere il GOM della Ginecologia (tumore della sfera genitale femminile), delle neoplasie mammarie e del melanoma. Sono altresì attivi quelli del colon ed il GOM della neuro-oncologia. Per quest'ultimo è in corso un'application per le Reti di Riferimento Euro-

prendere per la sua realizzazione le risorse non solo professionali ma anche le dotazioni strumentali, le procedure ed i volumi prestazionali. L'AOU Federico II ritiene, ovviamente, che solo il funzionamento di tutti i protagonisti in modo sinergico, tramite la Rete può determinare quell'in-

Tetti di spesa, scontro De Luca-sanità privata

Il presidente Polizzi al governatore: «Confrontati». E lui: «Siamo commissariati»

NAPOLI Si è trasformato in un duro scontro tra il governatore della Regione, Vincenzo De Luca, e il presidente dell'Aspat Pierpaolo Polizzi il convegno dell'associazione che raccoglie 324 strutture di sanità privata in Campania che svolgono 467 attività accreditate presso il servizio sanitario regionale. La tensione è scoppiata dopo che Antonella Guida, dirigente del servizio sanitario della Regione Campania, ha illustrato le decisioni dell'ente sul fabbisogno sanitario 2018-2019 e quindi dei tetti di spesa sanitaria. «Non è possibile operare senza un confronto e un dialogo - ha detto Polizzi prendendo la parola - ci deve essere una condivisione delle decisioni con il settore privato. Se lei - ha aggiunto rivolgendosi a De Luca che era al tavolo, accanto a lui - sta per adottare questo provvedimento senza che noi abbiamo avuto possibilità di fare le nostre valutazioni siamo spiazzati». De Luca ha poi preso la parola replicando: «Non so se è stato



offensivo per voi comunicarvi che abbiamo recuperato 6 milioni aggiuntivi per le prestazioni sanitarie. Ritiriamo questa informazione e cominciamo a discutere zero a zero, così come ritiriamo anche l'anticipazione rispetto all'altro milione in più trovato per la riabilitazione».

«Non mi pare vi sia chiaro che siamo commissariati. Abbiamo dei vincoli finanziari nazionali, e se non li rispettiamo a Roma tagliano punto e

basta. Ci muoviamo entro vincoli fissi che non si possono cambiare. Stiamo facendo un lavoro immane per recuperare risorse, un lavoro rigorosissimo a livello di strutture pubbliche e private.

Il lavoro andrà avanti nel piano coinvolgimento di tutte le organizzazioni: mi auguro che non finiremo il dibattito tra 10 anni, perché io sono un tifoso della democrazia che però è fatta anche di sintesi. Se dobbiamo consultare il mondo intero, tra dieci anni staremo ancora decidendo».

De Luca ha poi ricordato l'impegno della Regione per azzerare il debito storico della sanità campana che è di oltre 800 milioni di euro, sottolineando che «il mio obiettivo - ha detto - è di eliminare il debito entro l'estate, perché è un macigno che ci obbliga ad accantonare un fondo di rischio da 1,2 miliardi di euro l'anno. Dovrei dirvi altre trecento cose ma non dico altro, azzeriamo tutto. Da domani cominciamo il confronto o-o, nulla di deciso. Questo sono i tetti nazio-

nali. Se elaborate voi una proposta razionale ve ne sarò grato perché ci avrete aiutato a fare il nostro lavoro». «Ci hanno detto qui - ha spiegato Polizzi al termine del convegno - che non era la sede adeguata visto che si trattava di un dibattito pubblico. La struttura tecnocratica ha la facoltà di adottare un provvedimento però poi all'atto di portarlo in giunta deve sentire le associazioni e renderle edotte, avviare un procedimento partecipativo. Non ci vogliono gli anni basta fare un cronoprogramma, poi la decisione spetta sempre a loro: noi non possiamo che partecipare alla fase di consultazione, ma anche questa fase è mancata al momento».

Infine, al termine del convegno, i cronisti che cercavano di avvicinare il governatore sono stati allontanati dalla sicurezza interna. Ai giornalisti che chiedevano spiegazioni sull'accaduto, un responsabile dell'Aspat ha spiegato: «È stata una richiesta della sicurezza del presidente De Luca».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ictus, mancano le risonanze: la rete resta al palo

Al Cardarelli operativo il primo centro attrezzato, ma nel resto della Campania è il deserto

Ettore Mautone

Prende forma al Cardarelli il primo centro attrezzato per competenze e tecnologie, della rete regionale (ancora tutta da realizzare), per l'ictus. Oltre ai turni h 24 per la diagnostica e l'assistenza neurologica (e la reperibilità notturna per l'interventistica), la novità al Cardarelli è l'allestimento, nel padiglione di emergenza, di una Risonanza magnetica di ultima generazione da 1,5 Tesla e di un Angiografo biplanare (con tecnologia digitale diretta), che permettono la visualizzazione e l'acquisizione di immagini contemporaneamente su due piani distinti dello spazio. Strumenti indispensabili per garantire gli interventi di disostruzione meccanica nei casi di trombosi e per individuare le perdite ematiche intracerebrali nelle emorragie. Tecnologie di cui è dotato praticamente solo il Cardarelli. «Tecnologie indispensabili in Neuroradiologia interventistica - avverte Mario Muto, primario dell'unità operativa del Cardarelli - che consentono indagini più rapide e precise dei vasi sanguigni e procedure terapeutiche per via endovascolare o Rx guidate, con utilizzo di dosi minori di mezzo di contrasto, nonché di radiazioni».

Macchine che al Cardarelli sono entrambe state sistemate nel padiglione dell'emergenza per garantire interventi immediati, nell'arco delle 4-5 ore dall'evento, considerate il tempo limite per ridurre al

minimo le conseguenze in termini di vite perse e di disabilità residue. «Grazie alle nuovissime tecnologie acquisite - ha spiegato il direttore generale **Ciro Verdoliva** - possiamo ora garantire una migliore assistenza». Ma il Cardarelli è per ora l'unico ospedale della regione a funzionare 24 ore su 24. Dal primo ottobre scorso l'unione delle forze della Neurochirurgia guidata da **Pasquale Caiazza**, della Neurologia di **Ciro Florio** e della Neurointerventistica di **Muto** consente un'offerta assistenziale completa. La rete regionale tempo dipendente per l'ictus è invece ancora agli albori a fronte di circa 9 mila casi di ictus ischemico e 3 mila di ictus emorragici ogni anno. Numeri snocciolati durante la presentazione, ieri, delle attività messe in campo dal Cardarelli per la gestione dell'ictus, insieme al videoclip realizzato dall'Associazione italiana di neuroradiologia (Ainr) e dall'Associazione lotta ictus cerebrale (ALICe) per sensibilizzare l'opinione pubblica sul riconoscimento dei sintomi. Ma la mappa degli ospedali attrezzati rispetto ai nove centri di riferimento del Piano ospedaliero è tutta da scrivere. In città l'Ospedale del Mare funziona per accesso secondario in tandem con il San Giovan-

ni Bosco. Al Paolo l'Università Federico II che, in base alla convenzione con la Regione, si è data tempo fino al 2019. Napoli nord dovrebbe fare capo a Caserta. Qui è il deserto: sono stati acquistati un angiografo digitale (già montato) e una Risonanza (nemmeno autorizzata dal Comune) e lavora un solo radiologo interventista per turno. Napoli sud fa capo a Nocera inferiore dove c'è l'angiografo digitale e la Risonanza ma solo un paio di risorse specialistiche. Al Rurnmo di Benevento lavorano 2 specialisti, ci sono le tecnologie, ma il centro funziona solo 12 ore al giorno. Ad Avellino c'è un'unità stroke ma non attrezzata per l'interventistica. A Salerno va meglio al Ruggi che dal primo gennaio conta sul raddoppio delle 2 unità in servizio ma si attende che sia assicurata assistenza h 24. A Vallo c'è un primario ma l'unità è rimaneggiata per uomini e mezzi e di fatto lavora a scartamento ridotto. Tutte carenze di cui hanno chiesto conto nei giorni scorsi i sindacati con in testa la Cimo che, per iniziativa di **Antonio De Falco**, ha chiesto quali azioni siano state messe in campo per scongiurare il calvario di una donna cilentana morta durante il trasferimento da Vallo al Cardarelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sos autisti, il 118 è in affanno

«Pochi e in fuga dal servizio»

L'allarme

Il coordinatore ai dirigenti Asl
«Da novembre perse 9 unità
servizio gestito in emergenza»

Carenze di uomini e mezzi: è in affanno il 118 in città. L'ultima urgenza riguarda gli autisti. Sono pochi e stanno scappando dal servizio. Ne mancano all'appello almeno nove per garantire i livelli essenziali. «In questo mese di febbraio - scrive il coordinatore dei lavoratori del settore Salvatore Fusco, in una nota inviata alla dirigenza - un autista sarà collocato in quiescenza e un secondo è stato considerato indisponibile in quanto indicato inidoneo, alla mansione specifica, dal medico di sorveglianza sanitaria competente. Pertanto non si potranno continuare a garantire le attuali postazioni del 118». Nella nota si fa presente che dal novembre scorso ad oggi il personale si è ridotto, appunto, di 9 unità (5 per

esonero, 2 per trasferimento, altrettante per pensionamenti). Tant'è che oltre al ricorso sistematico ad ore di straordinario per la copertura dei turni giornalieri, in alcuni giorni viene chiamato al lavoro anche personale che gode del turno di riposo.

In questo scenario è singolare che la Asl Napoli 1, da cui il 118 peraltro dipende, abbia espletato un avviso di mobilità interna (rivolto esclusivamente al personale in servizio a tempo indeterminato) per il profilo di operatore tecnico specializzato autista di ambulanza, «che abbia interesse a svolgere la propria attività presso il San Giovanni Bosco, nell'unità operativa che si occupa della tutela della salute negli istituti penitenziari». Un bando scaduto proprio ieri che potrebbe sottrarre un'altra risorsa ai pochi autisti in servizio nel 118. La questione rimanda anche alla lentezza con cui l'ufficio del personale della Asl Napoli 1 sta affrontando il nodo delle assunzioni e del reclutamento del personale dopo lo sblocco del turn over da due anni a que-



La curiosità
Bando interno dell'azienda per trasferire altro personale al San Giovanni per i servizi dei penitenziari

sta parte. Se per i medici e per il personale infermieristico l'iter è più complesso e farraginoso, per gli autisti dovrebbe essere, teoricamente, più semplice reperire figure idonee e avviarle alle assunzioni a tempo indeterminato. Questi lavoratori sono peraltro richiesti anche per garantire il pieno decollo dei trasporti secondari nell'ambito delle reti tempo dipendenti (infarto, ictus e trauma). Tra l'altro le postazioni del 118 sono già poche in città: la legge prevede che vi sia un'ambulanza ogni 60 mila abitanti. Napoli, con circa 1 milione di cittadini censiti e tanti extracomunitari non censiti, ne dovrebbe avere circa il doppio. Secondo gli standard disegnati dal decreto Balduzzi (n. 70 del 2015) i mezzi di soccorso dovrebbero essere almeno 24. Attualmente il 118 a Napoli conta 18 ambulanze di giorno (più una a Capri), 15 di notte, di queste 13 sono medicalizzate e 6 hanno solo l'infermiere a bordo. Quelle non medicalizzate, in servizio anche di notte, sono invece 3. In forza ci sono 32 autisti e un coordinatore che ruotano. I livelli ottimali richiederebbero, sempre secondo quanto scrive Fusco, almeno 42 unità senza contare il margine del 20% per assicurare ferie, malattie e permessi.

e.m.

◻ RIPRODUZIONE RISERVATA

Lorenzin: «Sanità, il modello commissariale ha fallito»

Civica Popolare

**Il ministro in campo alle Politiche
«Al Sud cattivi manager e clientele
è necessario riorganizzare tutto»**

Carlo Porcaro

Per metà da ministro della Salute e per metà da leader della lista Civica Popolare alleata del Pd, Ieri Beatrice Lorenzin - in occasione del convegno sulla sanità penitenziaria al carcere di Secondigliano - ha dettato la linea usando parole forti sui temi più caldi sul fronte sanitario, dal ruolo delle Regioni alle polemiche sui vaccini. Quanto all'accessibilità ai servizi, ha schiettamente ammesso che «il modello dei commissariamenti ha fallito: i presidenti di Regione fanno quello che vogliono, lo Stato al di là di togliere fondi non ha la possibili-

tà di intervenire». Per questo, ha ricordato Lorenzin, «ho proposto un nuovo modello di commissariamento in cui lo Stato si sostituisce alle aziende che non funzionano: l'ho proposto al Consiglio dei ministri ma anche alla conferenza Stato-Regioni. Scegliamo noi il direttore e dopo un anno riconsegniamo la struttura. Il referendum costituzionale è stato bocciato, ma se invece di parlare del Senato, parlavamo delle Regioni forse il referendum andava meglio. Riproporrò la riforma del Titolo V». In un'intervista a Canale 21 è stata ancora più esplicita facendo fischiare le orecchie al governatore Vincenzo De Luca: «Al Sud c'è cattiva organizzazione e ci sono cattivi manager con una gestione clientelare. Di tutto questo è responsabile la Regione. Io non posso mandare sempre gli ispettori, anche se i modelli di commissariamento hanno fallito. Se i presidenti di Regione fanno ciò che vo-

gliono, si tengano il potere ma facciamo gli interessi dei cittadini».

L'altro tema attuale lo scontro sui social. Rivolgendosi alle mamme ha detto: «Non facciamoci influenzare da ciò che leggiamo sui social e da chi specula sulle resistenze anti-scientifiche ai vaccini: i più grandi scienziati del mondo - ha affermato - dicono una cosa molto semplice e cioè che per salvare e mettere in sicurezza i nostri figli dobbiamo vaccinare». Vestendo i panni della candidata alle politiche, ha invece evidenziato che «il centrodestra non esiste più, ma Salvini vincerà. Io vorrei un Governo di razionali moderati». Poi ha tirato l'acqua al suo mulino: «Gentiloni ha traghettato l'Italia fuori dalla crisi e spero che alle urne l'Italia ragioni con la testa e non con la pancia. La ricetta è abbassare le tasse sui salari e aumentare gli stipendi». Oggetto del convegno le cure per i detenuti. Lorenzin, con la candidata Ma-

rina Melone, ha ricordato che «il ministero ha investito 500mila euro, per la prima volta, nel 2015, per lo screening della salute della popolazione carceraria, sulla quale non c'era un dato, e da esso sono emersi dati sconcertanti: il 7 per cento dei detenuti ha l'epatite C che, se non debitamente curata, conduce alla morte, e il 2 per cento ha l'Aids». Il Garante dei Detenuti della Regione Campania, Samuele Ciambriello, numeri alla mano, ha lanciato l'allarme: «Su 7.293 detenuti nella nostra regione, ci sono appena 34 posti nelle aziende ospedaliere: vanno incrementati e bisogna garantire nelle strutture sanitarie delle carceri macchinari essenziali, come la tac e la risonanza magnetica, e la presenza stabile del personale medico ed infermieristico perché a chi è diversamente libero va pienamente garantito il diritto alla salute», ha affermato. «In questa ottica è apprezzabile il lavoro che sta svolgendo il governo che ha approvato i decreti attuativi della riforma dell'ordinamento penitenziario», ha sottolineato Ciambriello.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Carceri e Asl, solo 34 posti letto negli ospedali

NAPOLI. Nelle carceri campane la nuova, ennesima emergenza rischia di essere quella sanitaria. «Su 7.293 detenuti nella nostra regione, ci sono appena 34 posti nelle aziende ospedaliere. Vanno incrementati e bisogna garantire nelle strutture sanitarie delle carceri macchinari essenziali, come la tac e la risonanza magnetica, e la presenza stabile del personale medico ed infermieristico perché, a chi è diversamente libero, va pienamente garantito il diritto alla salute ed un'organizzazione che consenta di dare una risposta sanitaria di qualità». A lanciare l'allarme il garante dei detenuti della Regione Campania, Samuele Ciambriello, intervento ieri mattina al convegno da lui organizzato sul tema "Campania, le buone pratiche in sanità penitenziaria" al centro congressi del carcere napoletano di Secondigliano, al quale ha partecipato, tra gli altri,

anche il ministro della Salute uscente Beatrice Lorenzin. Ciambriello ha giudicato «apprezzabile il lavoro che sta svolgendo il Governo che, proprio stamani, ha approvato i decreti attuativi della riforma dell'ordinamento penitenziario, puntando ampiamente su nuovi strumenti per allargare la sanità penitenziaria. Un grande supporto è stato dato dall'Asl Napoli 1 Centro per affrontare le grandi problematiche che affliggono particolarmente le carceri di Secondigliano e di Poggioreale dove, grazie all'impegno delle Direzioni carcerarie e del Corpo della Polizia Penitenziaria, si sta lavorando su progetto di sviluppo della sanità penitenziaria», ha concluso Ciambriello. «Il tema centrale è quello di garantire una presa in carico del paziente, più organizzata e meno frammentata. Ed anche garantire la presenza sanitaria, consenten-

do ai detenuti di curarsi permanendo nelle carceri. Occorre puntare sulla presa in carico del paziente ristretto, sul trattamento e sulla prevenzione, garantendo tutte quelle opzioni di salute necessarie per salvare la vita». Così il ministro della salute Beatrice Lorenzin concludendo i lavori, questa mattina a Napoli, del convegno "Campania, le buone pratiche in sanità penitenziaria", organizzato al centro congressi del carcere di Secondigliano dal Garante dei Detenuti della Regione Campania, Samuele Ciambriello. Per la titolare del dicastero serve un intervento «molto serio, anche nei prossimi anni per quanto riguarda proprio la metodologia e le best practice da utilizzare in carcere, sia nell'arrivo sia nella presa in carico. Abbiamo previsto, nelle more dei decreti attuativi della riforma penitenziaria, tutta una serie di misure da attuare proprio in car-

cere. Cioè permettere l'accesso alle prestazioni sanitarie all'interno delle strutture carcerarie». Nelle sue conclusioni, la Lorenzin ha ricordato che il ministero ha investito 500mila euro, per la prima volta, nel 2015, per lo screening della salute della popolazione carceraria, sulla quale non c'era un dato. Sconfortanti i numeri: il 7% dei detenuti ha l'epatite C che, se non debitamente curata, conduce alla morte, e il 2% ha l'Hiv. Un altro capitolo da affrontare riguarda le malattie dovute a difficoltà neuropsichiatriche.

Il convegno Laboratorio sulla dermatologia in ambito pediatrico

La dermatologia pediatrica è ormai una vera e propria branca specialistica perché alcune malattie cutanee sono proprie dei bambini, ma anche alcune malattie della pelle si manifestano in età pediatrica. La sfida è dunque quella di unire conoscenze dermatologiche all'approccio tipico dei pediatri. Per queste ragioni, e per la frequenza con la quale incontrano patologie cutanee nel loro ambito lavorativo quotidiano, molti pediatri e diversi dermatologi se ne stanno sempre più interessando. Ed è per questo che domani all'Hotel Palazzo Garacciolo si parlerà di «Dermatologia nell'ambulatorio del pediatra. Cibo, cute, immunità», con Porfirio Toscano, vicesegretario alle attività scientifiche Fimp Napoli. Il convegno si propone di accrescere le competenze in ambito dermatologico per i pediatri e, nello stesso tempo, permettere ai dermatologi di addentrarsi in alcune problematiche di valutazione clinica e di gestione terapeutica del bambino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Otorinolaringoiatri a Napoli

Specialisti israeliani, bulgari, tedeschi parteciperanno oggi ad una live surgery di chirurgia endoscopica dell'orecchio coordinata da **Giuseppe Panetti**, primario di Otorinolaringoiatria dell'Ascalesi.

Panetti sarà impegnato in interventi con l'uso di uno strumentario dedicato, che egli stesso ha messo a punto. La divisione di Otorinolaringoiatria dell'Ascalesi nei prossimi mesi dovrebbe proseguire la sua attività all'ospedale San Paolo «e ciò — dice Panetti — grazie all'impegno della direzione generale e di quella sanitaria della Asl Napoli 1 Centro, guidate da **Mario Forlenza e Pasquale Di Girolamo Faraone**».

Ospedale Ascalesi, Napoli, dalle 9

Il convegno

Come rigenerare la pubblica amministrazione esperti a confronto

Investire in prevenzione, come nella lotta alla corruzione e nella sicurezza sul lavoro, genera risparmi, non costi. È questa la vera sfida che la pubblica amministrazione dovrebbe affrontare nel prossimo futuro. Cosa fare per "Rigenerare la pubblica amministrazione" e offrire migliori servizi ai cittadini? A che punto è l'applicazione del decreto legislativo 81/2008 sulla sicurezza sul lavoro? Sono alcuni degli spunti della due giorni voluta dall'associazione di avvocati, professionisti, tecnici e sanitari, Flepar Inail, che ha organizzato a Napoli l'evento dal titolo "Rigeneriamo la PA. Sviluppo e servizi al cittadino".

Due giornate, oggi e domani, al Teatrino di corte di Palazzo Reale, due focus differenti ma complementari. Oggi (ore 14.30) il tema è "Lo stato della pubblica amministrazione dopo le ultime riforme. Ripartire e investire per salvare i servizi ai cittadini". Si alterneranno gli interventi di professionisti, magistrati, esperti del settore che nell'ambito degli incarichi della pubblica amministrazione. La seconda giornata, domani (ore 9), sarà dedicata interamente al tema della sicurezza sul lavoro: le condizioni di lavoro, il sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro, sostegno alle imprese e ai lavoratori e le App sulla sicurezza sul lavoro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA