ANSA.it

21-12-2016

http://www.ansa.it

Giovani iscritti tanti social rischiano ansia e depressione

Pericolo indipendente da tempo complessivo trascorso su di essi

(ANSA) - ROMA, 21 DIC - Passi incessantemente dalla tua pagina Facebook a Twitter per poi andare ad aggiornare Instagram o altri social cui sei iscritto? Il rischio è di sviluppare depressione e ansia. Infatti una ricerca Usa mostra che i giovani attivi su tanti social (fino a 11 diversi), indipendentemente dal tempo trascorso complessivamente su di essi, hanno un rischio più che triplo di ansia e depressione rispetto a coetanei per nulla attivi o che usano al massimo due sole piattaforme. Lo rivela una ricerca condotta da esperti della University of Pittsburgh Center for Research on Media, Technology and Health (CRMTH).

L'analisi è stata pubblicata sulla rivista Computers in Human Behavior ed ha coinvolto un campione di quasi 1800 giovani che sono stati monitorati per vedere se presentassero 'segni' di depressione e ansia e a che livello. A tutto il campione è stato anche chiesto di riferire quali e quanti tra questi social erano soliti usare: Facebook, YouTube, Twitter, Google Plus, Instagram, Snapchat, Reddit, Tumblr, Pinterest, Vine e LinkedIn.

"Il legame trovato tra uso di molti social e rischio ansia e depressione è così forte che i clinici dovrebbero tenerne conto e chiedere ai propri pazienti depressi e ansiosi che uso fanno dei social per poi dare adeguato supporto e counseling per aiutare i pazienti stessi a limitarne l'uso", dichiara l'autore del lavoro Brian Primack.

adnkronos

21-12-2016

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Influenza, boom di casi nell'ultima settimana: più colpiti i bimbi

Brusco aumento del numero di casi di influenza nel nostro Paese, alimentato soprattutto dai bambini. A segnalarlo à l'ultimo bollettino della rete Influnet, diramato dall'Istituto superiore di sanità e **relativo al periodo dal 12 al 18 dicembre**. La curva epidemica delle sindromi influenzali inizia dunque la sua ascesa dopo aver superato, nella settimana precedente, il valore soglia di 2,44 casi per mille assistiti. Cosa che, ricordano gli esperti, "determina l'inizio del periodo epidemico". **Il numero di casi stimati nell'ultima settimana è pari a circa 258.000**, per un totale dall'inizio della sorveglianza di circa 886.000 casi.

Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lazio e Campania sono le regioni maggiormente colpite. Il livello di incidenza in Italia è pari a 4,25 casi per mille assistiti. **E la fascia di età più sotto attacco è quella dei bambini al di sotto dei 5 anni**, in cui si osserva un'incidenza pari a circa 10,41 casi per mille assistiti, seguiti dai più grandicelli tra 5 e 14 anni, con un'incidenza pari a 6,44.

L'ascesa della curva epidemica delle sindromi influenzali, infine, è avvenuta in anticipo rispetto alle precedenti stagioni influenzali.

ANSAit

21-12-2016

http://www.ansa.it

Brusco aumento influenza, con Natale oltre un milione di casi

Soprattutto bimbi e regioni del Nord, fino al 31 vaccini gratis

Brusco aumento influenza, con Natale oltre 1 milione casi © ANSA

Entro Natale gli italiani costretti a letto dall'influenza supereranno di gran lunga il milione, mentre dall'inizio della stagione quelli già colpiti dal virus sono ormai quasi 900mila, con una vera e propria impennata negli ultimi giorni, trainata dai contagi in età pediatrica. E' quanto riporta InfluNet, il bollettino di sorveglianza epidemiologica delle sindromi influenzali coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss), che parla di un "brusco aumento del numero dei casi di influenza nell'ultima settimana". A esser colpite sono soprattutto le regioni del Nord e Centro Italia, mentre gli esperti ricordano che c'è ancora tempo fino al 31 dicembre per aderire alla campagna vaccinale.

In particolare, dal 12 al 18 dicembre 2016 si sono toccati i 4,25 casi per mille assistiti, praticamente l'incidenza è raddoppiata rispetto alla settimana precedente, quando erano stati registrati 2,44 casi per mille assistiti. Gli italiani allettati solo nella passata settimana sono stati ben 258.000, per un totale di circa 886.000 casi dall'inizio della sorveglianza. Siamo in pratica, in pieno periodo 'epidemico', ovvero quello maggiormente a rischio contagio. "Con ogni probabilità - spiega Antonino Bella, responsabile sorveglianza Influet - entro Natale supereremo almeno quota 1,2 milioni di italiani colpiti. Ricordiamo però che fino a fine anno è possibile avere il

vaccino gratis, se si rientra nelle categorie di popolazione 'a rischio', ovvero over65, operatori sanitari, donne incinta e malati cronici di qualsiasi età. La copertura dura almeno 6 mesi ma ci vogliono almeno 15 giorni affinché sia efficace, quindi farlo dopo questa data potrebbe essere troppo tardi". Particolare attenzione viene rivolta agli anziani, di cui solo uno su due si vaccina, pur essendo maggiormente a rischio di sviluppare complicanze come polmoniti a seguito dell'influenza.

Sono Piemonte, P.A. di Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Marche sono le Regioni maggiormente colpite. "Finora l'incidenza si conferma lievemente superiore a quello delle precedenti stagioni influenzali", prosegue l'esperto, "e ad alimentare il picco di contagi sono soprattutto i bimbi, 'piccoli untori' che contraggono il virus a scuola e lo portano in famiglia". La fascia di età maggiormente colpita è infatti quella dei bambini al di sotto dei cinque anni in cui si osserva un'incidenza pari a circa 10,41 casi per mille assistiti (con un aumento di circa 4 punti solo nell'ultima settimana). "Ricordiamo - conclude Antonino Bella - che contro i virus influenzali gli antibiotici non servono a nulla e sono anzi controproducenti perché aumentano il rischio di sviluppare resistenza qualora invece si contragga un'infezione batterica grave".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-DIC-2016
da pag. 45
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Arrivano i nuovi livelli di assistenza: cambiano le regole su ticket, ricoveri e cure sanitarie

Sanità. Firmato il Dpcm che aggiorna i livelli essenziali di assistenza fermi al 2001

Con il restyling dei Lea più ampia l'offerta del Ssn

Spazio a protesi e malattie rare L'aggiornamento sarà annuale

Barbara Gobbi

ROMA

Il 2017 ormai dietro l'angolo porterà con sé una mini-rivoluzione: i nuovi **Livelli essenziali di assistenza (Lea)**, cioè le **prestazioni** e le **cure garantite dal servizio sanitario nazionale** a tutti i cittadini, in via gratuita o dietro pagamento di un ticket. La firma della ministra della Salute Beatrice Lorenzin al **Dpcm di aggiornamento** degli attuali Lea (fermi al 2001) - cui seguiranno a stretto giro quelle del ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan e del premier Paolo Gentiloni - avvicina la pubblicazione del decreto in Gazzetta ufficiale e quindi la piena operatività.

A segnalare ieri con un "tweet" la svolta è stata la stessa Lorenzin. Che ricorda: «Stiamo parlando da 16 anni dei nuovi Lea e da quasi 20 del nomenclatore delle protesi, incluso nel provvedimento. Si tratta di centinaia di nuove prestazioni a cui avranno accesso in modo indistinto tutti i cittadini dal Nord al Sud, oltre al riconoscimento di malattie rare prima non riconosciute. Una mole di risorse e interventi eccezionali per l'Italia e anche per l'Europa».

Innovazione e aggiornamento continuo sono le due parole-chiave. L'intero pacchetto di prestazioni nei nuovi Lea sarà infatti revisionato ogni anno da una Commissione nazionale, già insediata presso il ministero: dovrà monitorare la nuova offerta sanitaria e le scoperte scientifiche, così da eliminare prestazioni obsolete per inserirne di innovative.

Piena diffusione e appropriatezza degli interventi e delle cure sono gli obiettivi dichiarati. Che però oggi nelle regioni più in difficoltà esistono spesso solo sulla carta. Una realtà che impatta su tasche e salute dei cittadini, costretti a pagare di tasca propria 34,8 miliardi di euro per farmaci e prestazioni. Quasi un quarto della spesa sanitaria totale. «Esiste un forte malessere - conferma Lorenzin -. Per questo è prioritario fare in modo che i nuovi Lea abbiano un'applicazione effettiva nei territori e nelle regioni. Dare ai cittadini i servizi e le nuove cure, già finanziate con i Lea, diventa importante per attenuare le situazioni di disagio, a tutela dell'equilibrio sociale e a garanzia del diritto alla salute».

Più facile a dirsi che a farsi: i governatori hanno fatto presente a più riprese il rischio insostenibilità. Nell'intesa sui Lea raggiunta in conferenza Stato-Regioni a inizio settembre avevano messo in guardia proprio sulla difficoltà di "farsi bastare", a regime, gli 800 milioni di euro blindati dalla legge di Stabilità 2016 nel plafond del fondo sanitario nazionale. Ma intanto, sono queste le prime risorse che arriveranno, a inizio 2017, dopo la pubblicazione in Gazzetta. E con quelle risorse si comincerà a lavorare.

Il rischio ticket

Qualche regione più virtuosa si è, per così dire, portata avanti, anticipando le novità contenute nei Lea in arrivo. Come la Toscana, o il Piemonte, che quest'anno si piazzano ai primi posti nella classifica - ancora non ufficiale - stilata dal ministero della Salute su 31 adempimenti in campo sanitario.

Intanto c'è la questione ticket, segnalata anche dalle commissioni parlamentari di Camera e Senato, nei loro pareri sul Dpcm Lea. Nel decreto si ipotizza un aumento della compartecipazione alla spesa sanitaria di oltre 18 milioni di euro. Da qui la richiesta della commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama per una «attenta, cauta valutazione», circa le ricadute sui cittadini. Sotto la lente è soprattutto il delisting di un'ampia rosa di prestazioni dall'ospedale all'ambulatorio, dove il possibile frazionamento di visite ed esami potrebbe far lievitare i costi per l'assistito. Anche di questo dovrà occuparsi la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, chiamata entro il 28 febbraio a una prima verifica e a depennare le cure non più appropriate.

I contenuti

I nuovi Lea aggiornano il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, fermo al 1996, e quello dell'assistenza protesica, che risale al 1999. Nel primo vengono introdotte procedure diagnostiche e terapeutiche che vent'anni fa avevano carattere quasi sperimentale oppure erano eseguibili solo con ricovero. Tra queste, la procreazione medicalmente assistita e la consulenza genetica. La new entry assoluta è l'adroterapia per la cura dei tumori, ad altissimo costo e quindi a introduzione graduale, su richiesta delle regioni. Tra le altre novità, la revisione dell'elenco delle malattie rare; l'aggiornamento dell'elenco delle malattie croniche, con l'introduzione di nuove patologie esenti - compresa

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-DIC-2016
da pag. 45
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

l'endometriosi da "moderata" a "grave" e lo spostamento da "rare" a croniche di malattie come la celiachia e la sindrome di Down; l'introduzione dello screening neonatale per la sordità e la cataratta congenite e l'estensione a tutti i neonati dello screening ampio per le malattie metaboliche ereditarie. È stato ridotto il pacchetto di prestazioni associato alla diffusissima ipertensione, quando non comporti gravi danni d'organo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le novità

LE PROSSIME TAPPE

Entro il 28 febbraio prossimo dovrà essere fissata la percentuale di interventi chirurgici che dal regime di day surgery che sono trasferibili all'ambulatorio. Entro il 31 marzo 2017, poi, le regioni dovranno adottare misure di incentivo al passaggio, dal ricovero ordinario a quello diurno, di una serie di prestazioni considerate ad alto rischio di "non appropriatezza"

PROTESI E AUSILI

Nel Nomenclatore della protesica entra una serie di prestazioni innovative, soprattutto nel settore delle tecnologie informatiche e di comunicazione (comunicatori vocali), a favore dei disabili con gravissime limitazioni funzionali, nonché l'introduzione degli apparecchi acustici a tecnologia digitale. Alla categoria ausili, sono introdotti nuovi modelli oggi non prescrivibili

VACCINI

Il nuovo Piano nazionale vaccini entra nei nuovi Lea. Le risorse - 100 milioni di euro per il 2017, 127 milioni per il 2018 e 186 milioni per il 2019 - sono indicate nella legge di Bilancio 2017. Vengono introdotti nuovi vaccini, tra cui l'anti papilloma virus esteso ai maschi, l'anti pneumococco e l'anti meningococco. Le regioni dovranno garantire il raggiungimento graduale delle coperture per le nuove vaccinazioni

"RARE" E AUTISMO

Sono individuate 110 nuove malattie o gruppi di malattie rare, tra cui sarcoidosi, sclerosi sistemica progressiva, miastenia grave. Il nuovo elenco sarà operativo sei mesi dopo l'entrata in vigore del Dpcm. I nuovi Lea recepiscono la legge 134 del 2015 che è intitolata «Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbo dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 12/21/2016

Via libera ai Lea, dall'eterologa ai vaccini: come cambia la sanità

SANITÀ

Tweet

Pubblicato il: 21/12/2016 15:49

Ora è ufficiale, approvati i nuovi Livelli essenziali di Assistenza (Lea). Ovvero, le cure e prestazioni garantite ai cittadini gratuitamente o pagando un ticket. Un provvedimento atteso da 16 anni. **La firma del ministro della Salute Beatrice Lorenzin è arrivata nel pomeriggio**. Ad annunciarla la stessa ministra in un tweet: "Appena firmati i nuovi Lea e il **nomenclatore delle protesi**. Un risultato importante per la salute dei cittadini". Il provvedimento sarà dunque operativo dal 2017. **Fecondazione assistita eterologa** ed **omologa**, **nuovi vaccini**, screening alla nascita, esenzione dal ticket per chi soffre di endometriosi. Ma anche trattamenti per la celiachia, per altre malattie rare e il nomenclatore protesico.

Nella nuova formulazione dei Lea entra anche il trattamento dell'**autismo** che prevede diagnosi precoce, cura e trattamento individualizzato, integrazione nella vita sociale e sostegno per le famiglie. Passo in avanti per i malati rari con l'esenzione dalla partecipazione alla spesa a 118 **patologie rare**. escluse dalla lista fino a ieri. Viene rivisto anche l'elenco delle malattie croniche e si investe poi in prevenzione con il recepimento del nuovo **Piano vaccinale**. Il provvedimento mette mano al Nomenclatore della specialistica ambulatoriale introducendo, ad esempio, le prestazioni per la procreazione medicalmente assistita, sia omologa che eterologa, finora erogate in regime di ricovero ospedaliero.

Viene rivisto anche il Nomenclatore protesico, fermo al palo dal 1999, e su cui si erano scatenate molte polemiche. Nei nuovi elenchi entrano gli ausili informatici e di comunicazione, come quelli per i malati di Sla, ma anche apparecchi acustici digitali e carrozzine 'hi tech'. Infine nei nuovi Lea sono previsti anche interventi contro la ludopatia e le terapie contro il dolore.

Tweet

TAG: nuovi Lea, nomenclatore protesi, Lorenzin nuovi Lea, eterologa

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI

Tg AdnKronos, 21 dicembre 2016

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. Malattia e visita fiscale: le regole del 2017
2. Berlino, Is rivendica attentato. Caccia al killer
3. Striscia la notizia fa pace con Fabio: "Servizi taroccati da Mingo"
4. Renzi 'casalingo', l'ex premier fa la spesa per Natale
5. Berlino, tir piomba sulla folla: il Facebook Live del passante

Video

Il regalo 'last-minute', la pista per le macchinine 'fai da te'

E' il giorno più corto dell'anno: tutti i segreti

Con 200mila missive attese, torna la carica delle letterine di Natale

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale IRQI d/ Evaluation 12/21/2016 ABBONATI ACCEDI

21 dic 2016

SEGNALIBRO FACEBOOK TWITTER

TAG

Assunzioni

IN PARLAMENTO

Lorenzin: «Chiederò una norma urgente per stabilizzare i precari dell'Iss»

«E' mia ferma intenzione dare risposta alle legittime aspettative dei ricercatori e del personale precario dell'Istituto superiore di sanità (Iss), pertanto chiederò al presidente del Consiglio che la proposta normativa per la stabilizzazione del personale venga inserita in uno dei prossimi provvedimenti normativi, anche con carattere d'urgenza». Lo ha annunciato la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, rispondendo al Question time alla Camera sulla mobilitazione del personale precario che è sfociata anche nell'occupazione dell'Istituto.

«Già nella fase parlamentare di approvazione della legge di Bilancio per l'anno 2017 - ha affermato Lorenzin - ho proposto un emendamento volto a stabilizzare il personale precario dell'Iss che ha grandemente contribuito ad assicurare, in questi anni, lo svolgimento delle fondamentali funzioni dell'Istituto». La proposta normativa, «per la quale è stata, peraltro, individuata un'idonea copertura finanziaria gravante, in misura significativa, su capitoli di bilancio del Ministero della salute, consente all'Iss - ha chiarito la ministra - di bandire procedure concorsuali, per titoli ed esami, finalizzate all'assunzione, a tempo indeterminato, di 230 unità di personale non dirigenziale, riservando la metà di questi posti alla stabilizzazione del personale precario». Tuttavia, la crisi del Governo Renzi e la conseguente chiusura anticipata dell'iter di approvazione della Legge di bilancio, ha concluso Lorenzin «hanno precluso l'esame della proposta emendativa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
02 Ottobre 2015
Statali, riparte la macchina dei contratti con l'incognita della riforma Brunetta

DAL GOVERNO
07 Gennaio 2016
Riforma Pa, per le prime duemila partecipate addio in un anno

DAL GOVERNO
07 Gennaio 2016
I 999 commi della legge di Stabilità

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-DIC-2016
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Il caso. La denuncia di Assobiomedica: ci sono 58mila apparecchiature obsolete

Le macchine sanitarie più vecchie d'Europa

Roberto Turno
ROMA

Le Tac e le risonanze magnetiche, i mammografi e gli angiografi, le Pet e gli apparecchi per la terapia intensiva. Lo Stato risparmia e taglia, cura i conti ma meno la salute e la sicurezza. Col risultato che le apparecchiature decisive per esami cruciali, finiscono per ammuffire. Per assenza di investimenti, per il mancato aggiornamento del "parco" delle macchine sanitarie. E così l'Italia è fanalino di coda, con apparecchiature tra le più vecchie in Europa, soprattutto in quella che conta e della quale abbiamo l'ambizione di far parte. Il risultato è eclatante: «In Italia 58mila apparecchiature sono obsolete», è la denuncia di Assobiomedica, l'associazione che raggruppa i produttori di industrie biomedicali. «Su 100mila apparecchiature censite – afferma Marco Campione, Ceo di Ge healthcare per l'Europa del Sud, che rappresenta il settore elettromedicali di Assobiomedica – circa il 60% hanno superato la soglia di adeguatezza tecnologica, con costi di gestione enormi».

Una sostituzione graduale, mirata e tarata sulle esigenze e le possibilità di spesa ovviamente, puntando sulle tecnologie di nuova generazione, è naturalmente la prima necessità. Ma non solo perché – o non tanto perché – l'impresa del biomedicale ha la sua visione. Il punto di caduta imprescindibile resta infatti quello della sicurezza massima delle cure, della qualità tecnologica il più possibile al top. Ricordando che le "macchine" sanitarie in Italia non sono poche, anzi. Il punto è che sono troppo vecchie, sfruttate, poco performanti.

La vetustà delle apparecchiature biomedicali è ben spiegata da pochi numeri. Il 74% dei mammografi hanno più di 10 anni di vita, così come il 50% dei ventilatori per la terapia intensiva e o il 77% dei sistemi radiografici fissi convenzionali. E in Europa? L'Italia, appunto, ha il triste primato dell'ultima (o quasi) della classe. Per dire: in Francia, Danimarca e Svezia tra il 60 e il 70% dell'intero parco di apparecchiature ha fino a 5 anni di età. Mentre in Italia le "macchine giovani" fino a 5 anni d'età, quelle sempre più hi tech dunque, sono sempre meno. Una rarità. Appena il 30% degli angiografi ce la fa. Il che è tutto dire.

Tutto questo, mentre il mercato dei dispositivi medici nel mondo è in crescita e si sta rivelando tra i principali driver della crescita. Tanto che si stima che il settore in tutto il mondo crescerà del 5,2% tra il 2015 il 2022, per un fatturato totale di 530 miliardi di dollari e con gli Usa leader. Mentre in Europa ha toccato i 100 miliardi di euro per il 71% conteso tra Germania, Gran Bretagna, Francia, Italia e Spagna. Con l'8% del fatturato 88 miliardi l'anno) investito in R&S e il deposito di un brevetto ogni 50 minuti. Un mercato importante anche per l'Italia, con più di 698mila dipendenti e un tessuto di imprese – come dappertutto – spesso pmi, anche di piccolissime imprese. Solo il mercato pubblico da noi vale 5,71 miliardi (dati 2015, +0,8% sul 2014), secondo il nuovo rapporto del ministero della Salute. «Appena il 5% dei fondi pubblici per la sanità in un anno, nonostante il valore riconosciuto delle nostre tecnologie» dice Lugi Boggio, presidente di Assobiomedica.

Ma che fare per favorire il ricambio delle apparecchiature diagnostiche in presenza di risorse pubbliche scarse? Campione lancia qualche proposta: dalle tariffe modulabili alla francese con tariffe di rimborso che penalizzino anche pesantemente il ricorso alle "macchine" vecchie all'Iva agevolata come nel Regno Unito. Fino a incentivare la rottamazione. Le ricette non mancherebbero. Basterebbe pensarci. E pensare alla salute di tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO SCENARIO

74%
Mammografi di più di 10 anni
Non va molto meglio con i ventilatori per la terapia intensiva - il 50% ha oltre 10 anni – o i sistemia radiografici fissi, la cui quota è del 77%

100mila
Le apparecchiature censite
Di queste, secondo l'indagine di Assobiomedica, il 60% ha superato la soglia di adeguatezza tecnologica

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
IHQI df Evaluation 12/21/2016
ABBONATI ACCEDI

21 dic 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Prestazioni sanitarie
Medicina generale
Ricerca
Guardia medica

LAVORO E PROFESSIONE

La rete nazionale dei percorsi oncologici, un modello da replicare

di *Antonio Giulio de Belvis (Rete Nazionale dei Percorsi Oncologici)*

Lo sviluppo nelle realtà assistenziali di sistemi di continuous quality improvement dei processi di cura - ad esempio, attraverso l'applicazione di linee guida/buone pratiche grazie ai Percorsi Clinico Assistenziali (PCA) o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) - è non solo aspirazione dei clinici e dei manager più illuminati, ma punto cardine della più recente normativa di riferimento. In particolare:
- Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) prescrive che le strutture ospedaliere, per essere accreditate, debbano "promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di governo clinico (Clinical Governance)". Il punto 5.3. (Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) prevede che le strutture ospedaliere, a partire da quelle di primo livello, debbano dimostrare una "documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di: [...] Implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici; [...] Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche; Misurazione della performance clinica e degli esiti; Audit Clinico [...]".
- La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016), all'art. 1 comma 539 ha disposto che "tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie si debbano dotare di strumenti di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario adeguati, adottando, tra gli altri, [...] "percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti; [...] Rilevazione del rischio di inappropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici [...]".
- Ed ancora, all'organizzazione delle cure per PCA/PDTA si richiama indirettamente il DDL "Gelli" sulla responsabilità medica, che tutela l'operatore sanitario che avrà rispettato le linee guida o le buone pratiche assistenziali, proprio perché i percorsi clinici ne costituiscono la veste organizzativo-gestionale di implementazione.

I PCA/PDTA sono quindi strumento di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle cure, di riduzione del livello di inappropriatezza e del rischio, nell'ottica di una reale focalizzazione sui bisogni della persona assistita, garantendo così equità per l'accesso ai migliori standard assistenziali.
Tutto semplice? No, perché l'organizzazione dell'assistenza, i sistemi di misurazione e rendicontazione e, più complessivamente, la logica complessiva di valorizzazione dell'attività assistenziale non sono coerenti con le logiche di percorso.
Ad esempio, i sistemi informativi e di rendicontazione dell'attività sanitaria non sono nati per supportare il decisore in un'ottica di filiera assistenziale (processo o risultato) e consentono con grandi difficoltà il monitoraggio sistematico dell'attività assistenziale attorno ai PCA/PDTA e, quindi, non favoriscono la messa a regime della loro introduzione nella più complessiva gestione aziendale sanitaria.
Le nostre organizzazioni soffrono oggi per un dualismo ingessante: da una parte, sono investite dalla crescente pressione ed aspettativa di pazienti, società scientifiche e mondo dell'industria verso una gestione dei problemi di salute dei pazienti attraverso i PCA/PDTA, con il conseguente sforzo di clinici e manager di introdurli nella pratica clinica; dall'altra vivono la frustrazione, stanti gli attuali limiti, del vivere quotidianamente la difficoltà nel garantirne vita propria nell'organizzazione delle cure.

Che fare? Alcune tra le più rappresentative strutture nazionali hanno sentito il

HiQPdf Evaluation 12/21/2016

dovere di lanciare la sfida in questo ambito, realizzando un good willing network.
Da qui la costituzione della Rete Nazionale dei Percorsi Oncologici.
Nata nel 2014, per iniziativa di Istituto Clinico Humanitas Irccs Rozzano, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Milano, ASST Papa Giovanni XXIII – Bergamo, Fondazione Poliambulanza Istituto ospedaliero di Brescia, Istituto Oncologico Veneto IRCCS Padova, Arcispedale S. Maria Nuova IRCCS Reggio Emilia e della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Roma, la Rete Nazionale dei Percorsi Oncologici ha come obiettivo primario quello di Individuare requisiti, regole rigorose e condivise di confronto sulle performance dei rispettivi PDTA in oncologia, al fine di migliorare la qualità assistenziale e la qualità percepita dalla persona curata.
Il primo ambito di confronto della Rete è il Percorso della persona con tumore del colon-retto, rispetto al quale sono stati definiti alcuni indicatori validati in letteratura, rigorosi ed omogenei per razionale e metodologia di calcolo, non routinariamente disponibili dai correnti sistemi informativi aziendali, in modo da consentire la sostenibilità nel calcolo, la replicabilità nell'analisi, la confrontabilità tra le differenti realtà assistenziali, il benchmarking e il miglioramento continuo della qualità.

L'importanza, anche all'interno del Ssn, del ruolo della Rete Nazionale dei Percorsi Oncologici è stata ribadita il 14 novembre scorso all'interno di un Workshop patrocinato ed ospitato dall'Istituto Superiore di Sanità, in cui le strutture si sono confrontate con autorevoli rappresentanti di Agenas e del Ministero della Salute.
Nel corso dell'incontro, è stata presentata la metodologia di individuazione e calcolo degli indicatori e l'applicabilità nelle strutture. La prospettiva di presentazione è stata duale, per ognuno dei sette centri: quella del medico, generalmente il coordinatore di percorso e quella del manager apicale della struttura. E' stato inoltro ribadita la necessità di una forte regia istituzionale che riunisca in un'unica strategia nazionale proposte, iniziative e professionalità per la definizione dei principi che devono regolare la costituzione dei PCA/PDTA in oncologia, e quindi, strettamente correlate, delle Reti Oncologiche Regionali.
Questa prima validazione consentirà alla Rete, anche integrandosi con le iniziative istituzionali di ISS, Agenas e ministero della Salute, di:
a. Implementare il sistema di benchmarking volto al perseguimento del miglioramento continuo della qualità attraverso un confronto costruttivo strutturato e un'azione di trasferimento di best practice;
b. Fornire un contributo alla diffusione e al consolidamento presso la comunità scientifica, i pazienti, gli operatori e i decisori istituzionali della implementazione di forme di assistenza al paziente con tumore al colon retto realmente centrate sul paziente, anche per implementare logiche di Value based healthcare, combinando valutazioni di processo e di outcome con quelle di costo, per proporre costi di riferimento per percorso;
c. Proporsi ai cittadini e alle persone in cura e alle altre strutture oncologiche del Paese che vogliano misurarsi e crescere confrontandosi con e dentro la Rete.

Ambiti degli indicatori della Rete nazionale dei percorsi oncologici (Tumore maligno - TM - al colon-retto)
-*Tempi di attesa e di cura:* tra refertazione esame istologico e intervento chirurgico per TM colon; tra intervento chirurgico e inizio terapia medica adiuvante per TM colon; tra refertazione esame istologico e inizio terapia radio/chemio neoadiuvante per TM retto; tra primo accesso e inizio terapia radio/chemio neoadiuvante per TM retto;
-*Accessibilità:* persone con TM colon sottoposte a intervento chirurgico per TM colon che hanno effettuato biopsia all'esterno della struttura;
-*Complicanze/Eventi successivi:* Riospedalizzazioni a 30 giorni dalla dimissione dopo intervento chirurgico nel TM colon e nel TM retto; Reinterventi chirurgici a 30 giorni dopo intervento chirurgico per TM colon e per TM retto);
-*Efficienza assistenziale:* persone con ricovero per diagnosi di TM colon-retto e intervento con durata degenza post-operatoria > 10 gg;
-*Outcome a lungo periodo/continuità assistenziale:* persone in carico a 1-2-3 anni curate per TM colon o per TM retto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

MEDICINA E RICERCA
13 Novembre 2015

IN PARLAMENTO
20 Novembre 2015

AZIENDE E REGIONI
19 Novembre 2015

CORRIERE DELLA SERA.it

21-12-2016

Lettori
319.200

http://www.corriere.it/

SCIENZE E TECNOLOGIE

Naso elettronico fiuta 17 malattie

16:48 (ANSA) - ROMA - Un naso elettronico è capace di riconoscere dall'odore ben 17 malattie, dal tumore del rene al morbo di Parkinson, annusando il respiro dei pazienti come facevano i medici del passato. Descritto sulla rivista Acs Nano, il dispositivo è stato costruito dal gruppo dell'istituto israeliano Technion guidato da Hossam Haick. E' un passo in avanti rispetto agli altri nasi elettronici sperimentati finora, sviluppati per riconoscere una o pochissime malattie. Prima dell'arrivo di sofisticati strumenti di analisi, i medici riconoscevano alcune malattie annusando il respiro dei pazienti, secondo una pratica molto antica. A distanza di secoli le nanotecnologie hanno permesso di 'annusare le malattie' con il naso elettronico: consiste in un 'retino' cosparso di nanosensori che raccolgono 13 differenti odori, le cui componenti vengono analizzate con uno spettrometro di massa. In questo modo lo strumento riconosce l'eventuale presenza di malattie.

ANSAit

21-12-2016

http://www.ansa.it

Cure 'funzionano' di più se in corsia il medico è donna

Minor rischio morte e si riducono i secondi ricoveri

Essere seguiti in ospedale da un medico donna potrebbe comportare un migliore esito delle cure: infatti il paziente gestito da una donna medico presenta minor rischio di morte a 30 giorni dal ricovero e un minor rischio di un secondo ricovero rispetto ad un analogo paziente seguito da internisti di sesso maschile. Lo rivela una ricerca pubblicata sulla rivista JAMA Internal Medicine, e condotta da Yusuke Tsugawa, della Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, che ha già suscitato un acceso dibattito tra gli addetti ai lavori.

Già in passato ricerche avevano dimostrato differenze nell'operato di camici bianchi di sesso maschile e femminile, con le donne più attente a fare prevenzione e più scrupolose nel seguire le linee guida cliniche, offrendo quindi complessivamente cure migliori rispetto ai medici di sesso maschile. Ciononostante altre ricerche avevano suggerito che le donne medico hanno stipendi inferiori a quelli dei colleghi maschi a causa di interruzioni contrattuali e interruzioni lavorative per la maternità. Quindi sono 'più bravi' i medici maschi o le donne medico? Per capirlo i ricercatori Usa hanno studiato dati relativi a oltre 1,8 milioni di ricoveri e oltre 1,2 milioni di secondi ricoveri successivi al primo (riammissione in ospedale ad esempio a 30 giorni dal primo ricovero).

In tutto sono stati coinvolti 58.344 medici, per il 32,1% donne. E' emerso che i pazienti gestiti da

internisti maschi hanno un tasso di mortalità a 30 giorni dal ricovero dell'11,49% contro l'11,07% per pazienti gestiti da donne medico. Il tasso di riammissione in ospedale è 15,57% e 15,02% se il paziente è seguito da un medico uomo o donna rispettivamente. Lo studio suggerisce che vi siano differenze importanti nel modo di curare di medici donna e uomini, con implicazioni cliniche altrettanto importanti e differenti esiti per i pazienti. Capire più a fondo quali siano queste differenze potrebbe aiutare a migliorare la qualità delle cure per tutti i pazienti indipendentemente dal sesso del medico da cui sono seguiti.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

22-DIC-2016
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

vita@avvenire.it

èVita

«10MILA EURO PER MORIRE»
IL SUICIDIO ASSISTITO VIAGGIA
SULLA ROTTA ITALIA-TICINO

Italia-Svizzera, linea diretta per l'eutanasia

Da Torino al Canton Ticino con la rete delle associazioni che praticano il suicidio assistito Ecco come funziona

di Danilo Poggio

Tutti parlano di "cliniche svizzere", ma in realtà i luoghi del suicidio assistito in terra elvetica non assomigliano per nulla a strutture sanitarie. Spesso sono soltanto stanze arrangiate alla meglio, in camere d'albergo o appartamenti qualunque, affittati o messi a disposizione per lo scopo. Quando accade che i vicini si lamentano per l'eccessivo via vai di bare, ci si sposta in un'altra sede temporanea. In altri casi è stato utilizzato uno spazio all'interno di un ex centro estetico in area industriale, oppure, quando è possibile, si agisce a domicilio. Il tutto è più o meno legale, e si basa sul fatto che il Codice penale svizzero sanziona soltanto chiunque «per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto». Insomma, se lo scopo dell'assistenza non è "egoistico", secondo una certa interpretazione attuale, non si configurerebbe un reato.
A differenza di Olanda e Belgio, dove esiste una normativa specifica sull'eutanasia che non punisce il medico anche se pone fine alla vita del paziente in modo attivo, qui si sfrutta una condizione di fatto e una lacuna del diritto. Nel corso degli anni sono sorti gruppi specializzati: Dignitas, Exit, LifeCircle, Eternal Spirit e Liberty Life, con la motivazione ufficiale di garantire a tutti «la possibilità di morire dignitosamente», in vario modo forniscono tutti i servizi necessari. E, visto che la legislazione elvetica lo permette, quest'opera viene condotta per tutti, senza alcuna distinzione di provenienza dei malati e indipendentemente dalla legislazione dei singoli Paesi. La procedura è più o meno sempre la stessa. Di solito si inizia con l'iscrizione a una delle associazioni specializzate e, dopo l'esame a distanza della cartella clinica da parte di un medico, viene comunicata la "luce verde provvisoria". A quel punto, il malato può recarsi in Svizzera, e dopo uno o due colloqui, se conferma la sua intenzione, nel giro di poche ore viene aiutato a uccidersi. Come spiega chiaramente una delle associazioni più attive con gli italiani, «Dignitas si procura il farmaco necessario. Dopo l'assunzione di un medicamento antiemetico, il paziente dovrà bere un bicchiere nel quale verranno sciolti solitamente 15 grammi di pentobarbital di sodio/NaP. Si tratta di un noto narcotico che procura il sonno. Poiché è alcalino e non gradevole al gusto è meglio mangiare o bere subito dopo qualcosa di dolce. Al termine di queste procedure, il socio si addormenta ed entro due, tre minuti entra in un coma profondo, dopo poco tempo ancora la medicina paralizza la respirazione e il paziente muore». Spetta infine agli operatori chiamare le forze dell'ordine: «Quando sono convinti della morte del socio, fan-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

22-DIC-2016
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

no le condoglianze alle persone che hanno accompagnato il defunto e quindi informano la polizia tramite il numero di telefono di emergenza, in modo che possano aver luogo gli accertamenti da parte delle autorità».

Naturalmente il farmaco non è acquistabile liberamente in farmacia senza ricetta del medico: se fosse difficile procurarsela, «Dignitas può ricorrere a medici svizzeri indipendenti che collaborano con l'organizzazione». Un punto resta essenziale: a differenza dei Paesi dove l'eutanasia è normata, in Svizzera deve essere salvata (almeno formalmente) l'apparenza del "suicidio volontario". La morte, cioè, non può essere procurata attivamente da un soggetto terzo: il malato deve bere da solo il liquido letale o attivare l'iniezione con un telecomando davanti al personale presente. Sebbene per le organizzazioni operanti non debbano esserci motivi egoistici, il suicidio assistito in Svizzera non è certo a buon mercato. Il malato paga circa 10mila euro: il costo per gli oneri amministrativi nella fase di preparazione è di 3.500 euro, 1.000 euro per i colloqui con i medici, e 2.500 per l'accompagnamento alla morte, con la remunerazione per gli operatori, cui si aggiungono altri 1.000 euro per l'iter burocratico dopo il decesso e naturalmente 2.500 euro per le esequie. Costi di viaggio e soggiorno esclusi, per il malato e per l'accompagnatore.

I numeri del fenomeno non sono chiarissimi, ma si parla di circa un migliaio di suicidi assistiti all'anno in tutta la Svizzera. In Canton Ticino – come *Avvenire* ha documentato l'8 dicembre – nel 2016 i due terzi degli oltre 50 casi registrati sinora arrivano dall'Italia. Exit Italia, con la sua storica sede a Torino, è forse l'associazione più attiva sul territorio nazionale, con un'importante presenza anche sui social network: «Noi ci limitiamo a informare sulla possibilità del suicidio assistito – spiega Silvio Viale, ginecologo torinese, militante radicale, impegnato nella campagna pro-eutanasia – ma non istighiamo e non abbiamo mai un ruolo attivo. Ogni settimana arrivano diverse telefonate per saperne di più, ma poi chi va in Svizzera è accompagnato da un amico o da un familiare. Non certo da noi». Il tesoriere dell'associazione radicale Luca Coscioni, promotore della campagna per l'eutanasia legale, Marco Cappato, si spinge un po' più in là: in due casi ha dato personalmente supporto logistico ed economico: «La prima volta ne ho dato conto pubblicamente, la seconda mi sono autodenunciato ai carabinieri. Non è mai successo nulla. Questo fa pendere verso la possibilità che non ci siano responsabilità penali, anche se sono pronto a rivendicare la legittimità dell'azione, alla luce delle libertà costituzionali. Solo nell'ultimo anno, 113 persone si sono rivolte a me, anche attraverso "Sos Eutanasia", per avere informazioni. Ma non è possibile sapere quanti abbiano dato seguito alle intenzioni». Restano però non pochi dubbi sulla legalità dell'accompagnamento al suicidio in Italia: «Una società solidale si fa carico dell'altro – spiega Luciano Eusebi, ordinario di Diritto penale all'Università Cattolica – anche quando affiancarlo nella sua debolezza implica impegno e costi. Ed è per questo che il diritto non ammette una relazione per la morte, che azzera attraverso la morte sia quell'impegno sia quei costi. Altra cosa è discutere della proporzionatezza e della pianificazione delle terapie. Ciò al di là del fatto che la cooperazione a un suicidio assistito o a un omicidio del consenziente restano penalmente perseguibili, pur se consumati all'estero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

22-DIC-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

e vita

vita@avvenire.it

NEWS

«Il liquido amniotico ringiovanirà le ossa»

Una ricerca dell'Institute of Child Health inglese appena pubblicata su «Scientific Reports» (rivista del gruppo Nature), conferma che il liquido amniotico è uno scrigno di cellule staminali dal valore potenzialmente inestimabile. I test di laboratorio su cavie con gravi problemi ossei hanno mostrato risultati molto positivi: la fragilità dovuta a osteogenesi imperfetta – patologia che colpisce un bambino ogni 25mila nati – è stata drasticamente ridotta con una diminuzione delle fratture dell'80% a seguito dell'infusione di staminali ricavate dal liquido amniotico. Le possibili ricadute su pazienti affetti da osteoporosi sono facilmente immaginabili, anche se i primi test sull'uomo non sono previsti prima di due anni. Già però si immaginano terapie di grande impatto sociale: «Così come oggi siamo abituati a spalmarci creme sul viso per rallentare l'invecchiamento della pelle – ha infatti dichiarato Pascale Guillot, tra gli autori della ricerca – un giorno potremmo fare qualcosa di simile anche per mantenere giovane lo scheletro».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

22-DIC-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

572

Giovedì, 22 dicembre 2016

vita

vita@avvenire.it

Trapianti in continuo aumento E i pazienti ritornano attivi

Aumentano le donazioni e i trapianti di organo in Italia. A certificarlo sono i numeri appena diffusi dal Centro nazionale trapianti (Cnt) sulle proiezioni per l'anno in corso: sono stati eseguiti 3.268 trapianti rispetto ai 3.002 del 2015, mentre i donatori sono passati da 1.165 a 1.260. Il maggior numero di interventi riguarda il rene (1.700), seguito da fegato, cuore, polmone e pancreas. Già per il 2015, le statistiche segnalano il netto incremento delle donazioni da vivente, in particolare di rene. Per migliorare le prestazioni del sistema è cruciale l'organizzazione: qui un ruolo importante è svolto – dal 2013 – dal Centro nazionale trapianti operativo. Spiega il direttore del Cnt, Alessandro Nanni Costa: «Siamo attivi in tempo reale, lungo l'arco delle 24 ore, e riceviamo dalle Regioni le segnalazioni di tutti i donatori d'organo, esaminandone idoneità e rischio di trasmissione malattie». Il trapianto significa quasi sempre un reinserimento nella vita sociale: il Cnt stima che l'89,9% dei trapiantati di cuore, il 78% di fegato e l'89% di rene lavora o è in grado di farlo. A giugno 2016 erano 9.074 i pazienti in lista d'attesa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 25.609
Lettori Ed. I 2015: 157.000
Quotidiano - Ed. Milano

la Repubblica MILANO

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-DIC-2016
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ricercatrice vince battaglia di 7 anni per un concorso all'università Statale

LA STORIA

"I miei sette anni di battaglie per un posto da ricercatore"

Quattro ricorsi vinti "Mi sembrava di lottare contro i mulini a vento"

La storia

Tre sentenze non erano bastate per avere il posto Il Tar ha affidato la scelta a un docente di Torino

MURO DI GOMMA

Mi sembrava di combattere contro i mulini a vento

L'APPELLO

Chi è vittima resista: fate reclami, vincere è possibile

LUCA DE VITO

QUATTRO ricorsi vinti e tanti bocconi amari buttati giù. Adesso la storia di Anna Maria Monteverdi, studiosa che ha combattuto in tutte le sedi per far valutare seriamente il suo curriculum, sembra arrivata a un finale più dolce. La vicenda riguarda uno degli ultimi posti da ricercatore a tempo indeterminato al dipartimento di lettere della Statale, su cui il Tar con una sentenza pubblicata il 19 dicembre ha emesso la quarta decisione che chiede a un commissario esterno di valutare (finalmente) le due candidate in corsa.

Tutto comincia nel 2009 quando viene bandito un posto in "Storia del Teatro": a giocarsela sono in due, Anna Maria Monteverdi e un'altra candidata. La scelta ricade sulla seconda, nonostante i vizi procedurali, così come stabilito successivamente dalla prima sentenza del Tar. All'epoca il rettore in carica era ancora Enrico Decleva.

SOTTO la guida decleviana, l'università decide di andare alla battaglia legale e presenta un ricorso al consiglio di Stato. Ma perde e quindi tutto deve ricominciare da capo. Nuova commissione, nuova selezione. L'unica cosa che non cambia è il risultato finale.

Monteverdi però, che non si è mai data per vinta, decide di proseguire la sua battaglia presentando un nuovo ricorso al Tar sul secondo esito. Nel 2012, vince. Quindi, teoricamente, la macchina avrebbe dovuto rimettersi in moto rimettendo in piedi una nuova commissione: stavolta il tribunale aggiunge che i curriculum avrebbero dovuto essere valutati con la dovuta attenzione. Ma ecco che a quel punto scatta uno strano meccanismo baronale che nessuno può contrastare: la commissione viene nominata, ma ci sono prof in pensione e alcuni commissari addirittura si sfilano. A quel punto sembra chiaro a tutti che l'ateneo sta rigettando la decisione del tribunale, facendo di tutto per opporsi passivamente e impaludando quello che — in fin dei conti — avrebbe dovuto essere un passaggio piuttosto veloce. Passano tre anni senza che si muova foglia. E questo nonostante al vertice della Statale ci sia un nuovo rettore che ha ereditato la patata bollente e che si è sempre dichiarato intenzionato a dare il via a un "nuovo corso" per quanto riguarda le assunzioni di docenti e ricercatori.

In questo periodo la ricercatrice continua a darsi da fare in giro per l'Italia, da Milano fino a Cagliari e Lecce dove lavora per università e accademie delle belle arti. Nel marzo di quest'anno arriva quella che sembra la parola fine su tutta la vicenda: la Statale con un decreto di annullamento dice che quel posto non serve più. Cancellato. «A quel punto mi sembrava davvero di aver combattuto una guerra contro i mulini a vento — dice Anna Maria Monteverdi, ricordando quei giorni — però insieme al mio avvocato, Mara Boffa, abbiamo deciso di continuare lo stesso». Vanno così avanti con un nuovo ricorso al Tar, stavolta contro il de-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 25.609
Lettori Ed. I 2015: 157.000
Quotidiano - Ed. Milano

la Repubblica MILANO

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-DIC-2016
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

creto di annullamento: una mossa molto rischiosa, per alcuni quasi velleitaria. Due giorni fa, invece, è arrivata la pubblicazione della sentenza che dichiara nullo il decreto dell'università e riporta le lancette indietro al 2013. Non solo: nomina un commissario ad acta — Enrico Maltese, direttore del dipartimento di studi umanistici dell'università di Torino — che dovrà fare ciò che le varie commissioni non hanno mai fatto negli anni. Ovvero valutare correttamente i curriculum delle due candidate.

«Abbiamo vinto, le parole del giudice contro l'università e il suo comportamento sono pesanti come macigni — aggiunge Monteverdi, lancia un invito a chi è nella sua stessa situazione —: resistete e fate opposizione, fate reclami, fate ricorsi perché vincere contro l'ingiustizia è possibile».

Partita chiusa? Difficile dirlo adesso, anche perché manca ancora un pronunciamento definitivo e riconosciuto da tutti sui titoli delle candidate. Tuttavia dal canto suo il rettore Vago ha fatto sapere che l'università «deciderà sulla base del lavoro del collega di Torino. Stavamo per bandire un posto da associato su questo settore, ma a questo punto ci fermeremo e valuteremo il da farsi».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Anna Maria Monteverdi

Il posto riguarda il dipartimento di lettere. A sinistra Anna Maria Monteverdi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media