



Rassegna Stampa 24 marzo 2023

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

Venerdì 24 MARZO 2023

I Forum di QS. Sanità pubblica addio? **Garattini e Nobili: “Alcune idee per ridurre l’influenza politica sul SSN”**

Una volta condiviso il principio generale che un servizio pubblico è la soluzione ideale sia per il finanziamento che per l'erogazione dei servizi sanitari è comunque innegabile che anche l'esperienza ultraquarantennale del nostro SSN ha reso evidente come l'influenza politica e la burocrazia amministrativa siano le due grandi minacce da affrontare costruttivamente per garantire il buon funzionamento di un sistema sanitario pubblico

Volendo partecipare in modo propositivo al dibattito lanciato da Qs a partire dal libro dell'amico Ivan Cavicchi su come preservare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), proviamo a fornire un primo contributo per migliorarne l'efficacia e l'efficienza senza ripercorrere i vari passaggi storico-legislativi già esaurientemente affrontati da chi ci ha preceduto nel dibattito.

Una volta condiviso il principio generale che un servizio pubblico è la soluzione ideale sia per il finanziamento che per l'erogazione dei servizi sanitari, come abbiamo di recente ribadito su queste pagine, è comunque innegabile che anche l'esperienza ultraquarantennale del nostro SSN ha reso evidente come l'influenza politica e la (in qualche modo interrelata) burocrazia amministrativa siano le due grandi minacce da affrontare costruttivamente per garantire il buon funzionamento di un sistema sanitario pubblico.

Focalizzandoci in questo intervento sulla prima, è logico ipotizzare che un regime democratico implichi un potenziale impatto sulla sanità da parte della classe politica, così come su qualsiasi altro settore, attraverso provvedimenti legislativi ovviamente influenzati dalle ideologie dei partiti che si succedono al governo nel corso delle varie legislature.

Di conseguenza, i governi di orientamento politico diverso che si alternano al potere possono portare a modifiche contrastanti fra loro, che possono essere spesso solo di facciata tanto per soddisfare il proprio elettorato, ma a volte anche sostanziali e strutturali, alterando in modo rilevante l'equilibrio del sistema sanitario stesso.

Volendo citare un classico esempio rimasto famoso nella storia, una riforma epocale che ha indotto cambiamenti devastanti per il NHS inglese è stata l'introduzione del cosiddetto “mercato interno” per incentivare la concorrenza fra erogatori di servizi sanitari alla fine dell'ultimo millennio, all'epoca dei governi Thatcher. Una riforma che, come noto, ha avuto conseguenze indirette anche oltremarina, vista la rilevanza storica del NHS inglese (da cui deriva anche il nostro SSN) come modello di riferimento a livello europeo.

In secondo luogo, quando i governi locali godono di ampia autonomia istituzionale, l'influenza politica può anche compromettere l'omogeneità organizzativa di un sistema sanitario a livello territoriale. In questo caso, ciò che è accaduto in qualche misura anche nel NHS britannico con le (cosiddette) 4 nazioni (Galles, Inghilterra, Irlanda del Nord e Scozia) è assai meno rilevante rispetto alle differenze createsi nel nostro SSN a causa delle 20 regioni (21 conteggiando le due province autonome), che potrebbero addirittura ampliarsi ulteriormente con le proposte di autonomia differenziata appena approvate dal Governo attuale.

L'autonomia finanziaria in sanità ha permesso ai governi politici regionali di sviluppare strategie assai diverse nel nostro SSN, senza avere necessariamente ricevuto un avvallo a livello nazionale. Restando al Nord, basti pensare alle enormi differenze organizzative fra i SSR(egionali) di due regioni ricche e limitrofe come la Lombardia e il Veneto, a prescindere dalla loro colorazione politica simile negli ultimi decenni. E' del tutto logico aspettarsi che, quando il capitolo della sanità rappresenta una quota decisamente preponderante del bilancio regionale come nel nostro caso (circa l'80% del totale un po' in tutte le regioni), anche la sanità diventi giocoforza un argomento politico rilevante in campagna elettorale.

L'autonomia locale favorisce anche la nomina discrezionale di dirigenti graditi ai governi in carica del momento, coerentemente con l'atteggiamento oramai prevalente fra i politici attuali di voler dimostrare di raggiungere in tempi stretti risultati eclatanti agli occhi del proprio elettorato. E, ovviamente, questi dirigenti locali "lottizzati" non appartengono necessariamente alla stessa area politica di quelli nominati a livello centrale, aggiungendo ulteriore confusione al sistema. In ultima analisi, l'autonomia politica a livello locale ha trasformato nel tempo il nostro SSN in una sommatoria di SSR del tutto eterogenei fra loro, minando anche il loro controllo a livello centrale.

Per ovviare alla minaccia dell'eccesso di influenza politica nel nostro SSN, ci sembra opportuno proporre almeno tre possibili rimedi.

- Ai governi politici in carica non dovrebbe essere concesso di modificare troppo agevolmente le fondamenta dell'assetto istituzionale del SSN, sia per il finanziamento che per l'erogazione dei servizi sanitari. Essendo solo le innovazioni di carattere scientifico e tecnologico quelle veramente benvenute in campo sanitario, i provvedimenti normativi in materia di politica ed economia sanitaria dovrebbero essere limitati attraverso una sorta di "clausola di salvaguardia", ad esempio quella di essere approvati solamente con larghe maggioranze a favore di almeno due terzi dei voti in parlamento. Inoltre, società e cittadini che decidessero di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria complementare (mutualistica o privata che sia) non dovrebbero comunque beneficiare di vantaggi fiscali, al fine di evitare qualsiasi sovrapposizione finanziaria lesiva delle prerogative del SSN. Contestualmente, dovrebbe essere eliminati i ticket di spesa a carico dei pazienti sui servizi erogati dal SSN.
- Il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) dovrebbe essere allocato a livello locale attraverso formule relativamente semplici, basate sulla popolazione residente pesata per fasce d'età come criterio principale. La pianificazione e il controllo del FSN dovrebbero essere gestiti esclusivamente a livello centrale, senza alcuna interferenza da parte della politica regionale sui bilanci in sanità nei propri territori di riferimento. Coerentemente, le aree territoriali del SSN dovrebbero essere progettate in modo razionale dal punto di vista geografico, senza dover necessariamente coincidere con quelli delle regioni attuali. Ad esempio, ricorrendo alle macroaree Istat, il numero di regioni del SSN potrebbe essere anche più che dimezzato. In tal modo, sarebbe favorita anche la reale e tempestiva disponibilità di tutti i livelli essenziali di assistenza garantiti dal SSN a livello territoriale, così riducendo anche i flussi migratori interni dei pazienti da un'area all'altra.
- I soggetti interessati a divenire dirigenti apicali delle strutture del SSN dovrebbero seguire obbligatoriamente un percorso di formazione post-laurea gestito da una istituenda Scuola Superiore di Sanità. Tale percorso formativo dovrebbe rafforzare le competenze specifiche in ambito sanitario dei futuri dirigenti del SSN, rendendoli anche pienamente consapevoli del fatto che l'universalità, l'equità e l'accessibilità dei servizi a tutti i cittadini (indipendentemente dalle classe sociali e dalle fasce di reddito di appartenenza) devono sempre e comunque rappresentare l'interesse primario di tutti gli operatori sanitari. Di conseguenza, per incentivare un'assistenza sanitaria il più possibile integrata e orientata al paziente, i dirigenti del SSN dovrebbero sistematicamente incoraggiare i rapporti collaborativi (e non quelli competitivi) fra colleghi all'interno delle proprie organizzazioni.

Una volta introdotte queste semplici "regole del gioco", confidiamo che possano essere notevolmente limitati i potenziali effetti negativi sul SSN indotti dall'influenza politica sia centrale che regionale. E non ci sembra un sogno pensare che si possano realizzare...

Livio Garattini, Alessandro Nobili

Centro studi di politica e programmazione socio-sanitaria - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

Leggi gli altri interventi al Forum: [Cavicchi](#), [L.Fassari](#), [Palumbo](#), [Turi](#), [Quartini](#), [Pizza](#), [Morsiani](#), [Trimarchi](#).

Covid/ Iss: l'incidenza settimanale scende a 38 casi ogni 100mila abitanti, indice Rt a 0,96



In lieve diminuzione l'incidenza settimanale a livello nazionale dei casi Covid: 38 ogni 100.000 abitanti nella periodo 17-23 marzo rispetto a 40 ogni 100.000 abitanti della settimana precedente. Lo rileva il monitoraggio settimanale dell'Iss secondo cui l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 0,96 (range 0,84-1,18), in lieve aumento rispetto alla settimana precedente ma sotto la soglia epidemica. L'indice di trasmissibilità basato sui casi con ricovero ospedaliero è stabile e sotto la soglia epidemica: $Rt=0,89$ (0,84-0,94) al 14/03/2023 $Rt=0,87$ (0,82-0,92) al 07/03/2023.

Il tasso di occupazione in terapia intensiva è sostanzialmente stabile all'1,1% (rilevazione giornaliera ministero della Salute al 23 marzo) rispetto all'1% della settimana precedente. Il tasso di occupazione in aree mediche a livello nazionale è stabile al 4,1% .

"Una Regione risulta non valutabile dovuto a mancanza di trasmissione di dati ed è equiparata a rischio alto ai sensi del DM del 30 aprile 2020 - sottolinea l'Iss - . Una Regione/PPAA è a rischio alto a causa di molteplici allerte di resilienza. Tredici sono a rischio moderato e sei classificate a rischio basso. Quindici Regioni/PPAA riportano almeno una allerta di resilienza. Sei Regioni/PPAA riportano molteplici allerte di resilienza".

Venerdì 24 MARZO 2023

In tutta Europa operatori sanitari in crisi: poco pagati, stressati e sempre più vecchi. Oms: "Intervenire subito o sanità andrà in tilt". Approvata la "Carta di Bucarest"

"Gli operatori sanitari sono la spina dorsale dei sistemi sanitari e la loro dedizione e il loro duro lavoro devono essere riconosciuti e sostenuti ora. Ciò porterà a sostanziosi benefici in termini di salute e benessere individuali e collettivi, sia per gli operatori sanitari che per coloro che servono, e preparerà meglio i paesi e la nostra Regione nel suo insieme a gestire le prossime emergenze sanitarie che ci attendono". Queste le parole di Natasha Azzopardi-Muscat, direttore dei sistemi e delle politiche sanitarie nazionali dell'OMS/Europa. [LA CARTA DI BUCAREST.](#)

Undici punti, condivisi da 50 dei 53 paesi membri della Regione Europea dell'Oms, per riconoscere che "gli operatori sanitari e assistenziali sono la spina dorsale del sistema sanitario" e che è il momento di agire subito per affrontare una crisi senza precedenti del comparto che lamenta carenza di organici, stipendi troppo bassi e condizioni di lavoro insostenibili in moltissime realtà.

Stiamo parlando della "[Carta di Bucarest](#)" adottata in occasione del [summit co-organizzato da OMS/Europa e Ministero della Salute rumeno](#) svoltasi nella capitale rumena gli scorsi 22 e 23 marzo.

"La crisi del personale sanitario in Europa non è più una minaccia imminente, è qui e ora. Gli operatori sanitari e i lavoratori di tutta la nostra regione chiedono a gran voce aiuto e sostegno", ha affermato il dott. **Hans Henri P. Kluge**, direttore regionale dell'OMS per l'Europa.

"La pandemia di COVID-19 – ha aggiunto – ha rivelato la fragilità dei sistemi sanitari e l'importanza di una forza lavoro sanitaria solida e resiliente. Non possiamo più aspettare per affrontare le pressanti sfide che il nostro personale sanitario deve affrontare. Sono in gioco la salute e il benessere delle nostre società: semplicemente non c'è tempo da perdere".

Durante lo scorso anno, l'Europa ha assistito a un numero crescente di scioperi tra gli operatori sanitari, indetti per protestare contro condizioni di lavoro difficili e risorse insufficienti.

In Francia medici e infermieri hanno indetto uno sciopero nazionale nel novembre 2022, con la partecipazione di oltre 100.000 operatori sanitari. Nel settembre 2022, più di 6000 infermieri in Irlanda hanno scioperato per preoccupazioni sulla bassa retribuzione e sulle cattive condizioni di lavoro.

In Germania, migliaia di operatori sanitari hanno partecipato a uno sciopero nazionale nell'agosto 2022, per ragioni simili. E nel Regno Unito, scioperi di medici, infermieri e personale delle ambulanze hanno avuto un grave impatto sul sistema sanitario per mesi.

"Queste azioni sindacali riflettono chiaramente la crescente frustrazione e preoccupazione tra gli operatori sanitari in tutta la nostra regione, evidenziando ulteriormente l'urgente necessità di un'azione su più fronti per sostenere e investire nella forza lavoro sanitaria e assistenziale", ha spiegato il dott. Kluge.

Un [rapporto regionale pubblicato dall'OMS/Europa nel settembre dello scorso anno](#) ha parlato di una "bomba a orologeria" che minaccia i sistemi sanitari in Europa e in Asia centrale.

Con il rapido invecchiamento della popolazione e una forza lavoro sanitaria anch'essa in gran parte verso la

vecchiaia, la crescita delle malattie croniche e gli effetti della pandemia di COVID-19, l'OMS avverte che "siamo vicini a un imminente collasso in aree chiave dei sistemi sanitari a meno che non vengano affrontate subito azioni politiche rapide e concrete questi problemi, a partire dal personale sanitario".

Il rapporto ha evidenziato che in 13 dei 44 paesi che forniscono dati, il 40% dei medici ha già 55 anni o più, il che rappresenta una sfida significativa per la sostenibilità della forza lavoro. Allo stesso tempo, i mercati del lavoro stanno cambiando con una mobilità e una migrazione dei lavoratori sempre più complesse. Di conseguenza, alcuni paesi trovano sempre più difficile attrarre e trattenere i giovani nelle professioni sanitarie e assistenziali.

Nonostante il numero storicamente elevato di operatori sanitari e assistenziali in tutta la regione europea, i sistemi sanitari nazionali stanno lottando da tempo per tenere il passo con la crescente domanda di assistenza sanitaria, esacerbata dagli arretrati dei servizi causati dalla pandemia di COVID-19, dalle crescenti aspettative dei pazienti e dai rischi per la salute poste dai cambiamenti climatici e dalle emergenze.

La pandemia di COVID-19, sottolinea l'OMS, ha solo aumentato le tensioni sull'assistenza sanitaria, portando a stress, esaurimento e violenza nei confronti dei lavoratori, molti dei quali hanno lasciato il lavoro.

Durante la prima ondata della pandemia nella primavera del 2020, la Regione ha registrato un incredibile aumento del 62% delle assenze degli operatori sanitari. Un aumento dei problemi di salute mentale tra gli operatori è stato inoltre segnalato in quasi tutti i paesi della Regione e, in alcuni paesi, oltre l'80% degli infermieri ha riportato una qualche forma di disagio psicologico correlato alla pandemia.

Inoltre, l'OMS/Europa ha ricevuto segnalazioni secondo cui 9 infermieri su 10 avevano dichiarato la loro intenzione di lasciare il lavoro.

In risposta a queste sfide, la Dichiarazione di Bucarest chiede un'azione politica per:

- migliorare il reclutamento e creare le condizioni per il mantenimento in servizio degli operatori sanitari e assistenziali
- migliorare i meccanismi di offerta di personale sanitario
- ottimizzare le prestazioni del personale sanitario e assistenziale
- pianificare meglio il personale sanitario e assistenziale
- aumentare gli investimenti pubblici nell'istruzione, nello sviluppo e nella protezione della forza lavoro.

La Dichiarazione riconosce i legami tra queste priorità e la necessità di collaborazione con tutte le parti interessate, compresi i rappresentanti del personale sanitario e assistenziale, i loro datori di lavoro, i ministeri nazionali delle finanze e dell'istruzione e le organizzazioni internazionali senza scopo di lucro, i trust e le fondazioni.

"Non è più possibile ignorare le sfide che il personale sanitario e di assistenza deve affrontare", ha affermato la dott.ssa **Natasha Azzopardi-Muscat**, direttore dei sistemi e delle politiche sanitarie nazionali dell'OMS/Europa.

"Gli operatori sanitari – ha detto ancora - sono la spina dorsale dei sistemi sanitari e la loro dedizione e il loro duro lavoro devono essere riconosciuti e sostenuti ora. Ciò porterà a sostanziosi benefici in termini di salute e benessere individuali e collettivi, sia per gli operatori sanitari che per coloro che servono, e preparerà meglio i paesi e la nostra Regione nel suo insieme a gestire le prossime emergenze sanitarie che ci attendono, oltre che a rafforzare i sistemi sanitari per fornire servizi essenziali e quotidiani".

Ecco gli undici punti della Carta di Bucarest:

1. Noi, partecipanti all'incontro regionale sulla salute e l'assistenza dell'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa riconosciamo che gli operatori sanitari e assistenziali sono la spina dorsale del sistema sanitario.

2. Notiamo che, nonostante il numero storicamente elevato di operatori sanitari e assistenziali in tutta la Regione Europea dell'OMS, i sistemi sanitari nazionali stanno incontrando difficoltà nel far fronte all'aumento della domanda di servizi sanitari a seguito dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle malattie croniche, degli arretrati dovuti alla pandemia di COVID-19, alle crescenti aspettative degli

utenti dei servizi e alle minacce alla salute legate ai cambiamenti climatici e alle emergenze sanitarie.

3. Teniamo conto del rapporto dell'Ufficio regionale dell'OMS [Health and care workforce in Europe: time to act](#) che identifica le principali sfide della forza lavoro che devono affrontare i sistemi sanitari nazionali, comprese le carenze, la distribuzione non uniforme, le discrepanze nel mix di competenze, le insufficienze nello sviluppo di competenze per soddisfare l'evoluzione dei bisogni sanitari e assistenziali e delle nuove tecnologie digitali e di altro tipo. Anche la forza lavoro invecchia e lavora in mercati del lavoro che stanno cambiando, con mobilità e migrazione dei lavoratori sempre più complesse. Alcuni paesi stanno trovando sempre più difficile attrarre e trattenere i giovani nel mondo del lavoro sanitario e assistenziale.

4. Notiamo che queste sfide di lunga data sono state esacerbate dalla pandemia di COVID-19, che ha inoltre evidenziato la necessità di tutelare la salute e il benessere psico-fisico dei lavoratori, molti dei quali continuano a sperimentare stress, esaurimento e violenza, con alcuni che lasciano il lavoro.

5. Riconosciamo che i governi sono consapevoli di queste sfide e molte le stanno già affrontando con misure importanti.

Riconosciamo che è necessaria un'attenzione continua e chiediamo che le misure siano ulteriormente amplificate e rafforzate in collaborazione con tutte le parti interessate. Chiediamo di condividere le esperienze tra i paesi nel campo della progettazione e dell'attuazione delle soluzioni.

6. In linea con il rapporto regionale, chiediamo di migliorare l'offerta di operatori sanitari e assistenziali, attraverso:

- generazione di dati sui fabbisogni di forza lavoro attuali e futuri;
- sostegno alle istituzioni sanitarie ed educative per adattare i programmi di studio, la selezione degli studenti e l'apprendimento e rafforzare la loro capacità di insegnamento, per includere l'insegnamento di pratiche sanitarie e assistenziali innovative rispettose dell'ambiente;
- costruzione delle competenze per una regolamentazione efficace e l'accreditamento del personale sanitario e assistenziale;
- rafforzamento dello sviluppo professionale continuo e incoraggiando lo sviluppo della leadership e garantendo opportunità di apprendimento permanente disponibili per tutto il personale sanitario e assistenziale;
- ampliamento dell'uso appropriato degli strumenti digitali per fornire servizi più efficaci, efficienti e accessibili.

7. Chiediamo di migliorare il mantenimento e il reclutamento di operatori sanitari e assistenziali:

- incoraggiando misure idonee a mantenere in servizio i propri operatori incidendo sulle condizioni di lavoro e lo sviluppo di carriera e con misure di supporto adeguate;
- gestendo in modo etico ed efficace le politiche di reclutamento internazionale in linea con il [Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel](#) dell'OMS, monitorando le migrazioni di personale;
- prestando particolare attenzione al mantenimento e all'attrazione di operatori sanitari e assistenziali nelle zone rurali, remote e altre aree scarsamente servite;
- adottando la tolleranza zero nei confronti della violenza contro gli operatori sanitari e assistenziali.

8. Ci impegniamo a ottimizzare le prestazioni del personale sanitario e assistenziale:

- creando ambienti di lavoro e condizioni di lavoro dignitosi, sicuri e dotati di personale adeguato, motivando e sostenendo gli operatori sanitari e assistenziali, garantendo la loro salute e sicurezza sul lavoro e proteggendo la loro salute e il loro benessere mentale: utenti e servizi ne beneficeranno quando i lavoratori

saranno meglio supportato;

- tenendo conto delle differenze di genere e di età nei rischi e nelle esigenze dei lavoratori: burnout, violenza, sicurezza sul posto di lavoro e sostegno all'infanzia e alla famiglia;
- garantendo che le capacità degli operatori sanitari e assistenziali siano utilizzate al massimo per fornire assistenza sanitaria e servizi di cura.

9. Chiediamo una migliore pianificazione strategica della forza lavoro sanitaria e assistenziale mediante:

- una adeguata gestione delle dinamiche del mercato del lavoro sanitario, promuovendo una maggiore intergovernabilità e un'azione intersettoriale, compresa la collaborazione con i ministeri delle finanze e dell'istruzione per sostenere la fornitura futura di operatori sanitari e assistenziali e garantire il coinvolgimento delle parti interessate in tutte le politiche;
- rafforzare i sistemi informativi del personale sanitario e di assistenza e garantire che la ricerca e i dati siano disponibili e utilizzati per informare il processo decisionale;
- riconoscere che le donne svolgono la maggior parte del lavoro sanitario e assistenziale retribuito e non retribuito nella maggior parte dei paesi e che occorre intraprendere un'azione specifica per eliminare le disuguaglianze di genere come i divari retributivi di genere, valorizzando il lavoro di cura non retribuito e promuovendo l'equilibrio di genere in tutti i processi decisionali e nell'erogazione del servizio.

10. Chiediamo maggiori e più intelligenti investimenti pubblici nell'istruzione e nello sviluppo della forza lavoro, attraverso:

- stanziamento di risorse sufficienti per l'istruzione e l'occupazione di un numero adeguato di operatori sanitari;
- ottimizzando l'utilizzo degli investimenti pubblici attraverso politiche che promuovano performance e qualità delle cure, compreso l'uso di soluzioni rispettose dell'ambiente;
- delineando un'efficiente ripartizione dei ruoli e supportare la sanità e l'assistenza di team multiprofessionali integrati;
- miglioramento delle competenze digitali del personale sanitario e assistenziale;
- elaborazione di modalità di lavoro più flessibili;
- miglioramento delle condizioni di lavoro e sviluppo di politiche specifiche per attrarre e mantenere in salute gli operatori sanitari.

11. Riconosciamo che ci sono collegamenti tra queste priorità e che per fare progressi significativi è importante coinvolgere tutte le principali parti interessate, compresi i rappresentanti del personale sanitario e assistenziale, i loro datori di lavoro, i ministeri nazionali delle finanze e dell'istruzione e le organizzazioni internazionali senza scopo di lucro, trust e fondazioni. È in questo spirito di cooperazione che abbiamo presentato questa dichiarazione.

Cesare Fassari

S
24

Salutequità : nel 2022 mancano all'appello quasi nove milioni di visite per tornare ai livelli pre-Covid

PDF

[Le tabelle Salutequità con il calo delle visite nel periodo 2019-2022](#)



La buona notizia è che il SSN nel 2022 mostra che sta progressivamente recuperando i livelli di prestazioni erogate del 2019; quella meno buona è che restano sempre più indietro le persone che hanno bisogno di visite per giungere a una diagnosi o per controllare patologie o condizioni pregresse. E l'Istat certifica che si ricorre di più al portafoglio per colmare il divario tra necessità e capacità tempestiva di offerta: aumenta chi ha pagato interamente a proprie spese sia visite

specialistiche (dal 37% del 2019 al 41,8% nel 2022) sia accertamenti diagnostici (dal 23% al 27,6% nel 2022).

Rispetto all'anno pre-Covid mancano all'appello ancora quasi 3,4 milioni di prime visite (il 15,5% in meno quindi) per raggiungere i circa 22 milioni del 2019 e oltre 5,5 milioni di visite di controllo (cioè ne sono state erogate quasi il 17% in meno) per eguagliare gli oltre 32,5 milioni sempre del 2019.

A mostrarlo sono i dati pubblicati da Agenas, elaborati dall'Osservatorio di Salutequità, che evidenzia come manchino ancora all'appello nel 2022 rispetto al 2019 circa una prestazione di specialistica ambulatoriale su 10, escludendo gli esami di laboratorio- al livello nazionale.

“È grave e preoccupante che nel 2022 la capacità di presa in carico del SSN dei bisogni di salute dei cittadini sia ancora inferiore a quella pre-pandemia. Infatti, tutto questo accade a fronte di circa 1 miliardo stanziato tra il 2020 e il 2022 dallo Stato proprio per il recupero delle liste di attesa ma per una buona parte ancora non speso dalle Regioni, mentre al contrario i cittadini sono costretti a mettere mano sempre più al portafoglio per curarsi – così **Tonino Aceti**, presidente di Salutequità -. Il recupero delle liste di attesa attraverso l'utilizzo delle risorse pubbliche stanziate, anche con l'ultima Legge di bilancio, deve diventare elemento centrale di misurazione e valutazione ai fini LEA dell'operato delle Regioni. Ad oggi però questo praticamente ancora non accade. Va garantito il pieno utilizzo da parte di tutte le Regioni dei 350 milioni di euro stanziati nel 2018 per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie. Inoltre, andrebbe concretamente rilanciato l'impegno per l'attuazione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019-2021, che tra l'altro necessiterebbe anche di un importante tagliando, nonché garantire un maggior controllo sull'attività intramoenia. Infine, va subito finanziato un piano straordinario di investimento nel capitale umano del SSN, superando le attuali carenze di organico e contrastando la cosiddetta “desertificazione” sanitaria”

Solo la Toscana ha recuperato completamente i volumi di specialistica ambulatoriale, registrando anche volumi superiori.

Analizzando i dati in termini percentuali per rendere meglio l'idea della differenza tra 2022 e 2019, meglio rispetto alla media nazionale Campania (-1,19%), Lazio (-4,77%), Lombardia (-4,79%), Basilicata (-5,98%). Mancano invece all'appello oltre una prestazione su 5 in Calabria (-20,51%), Sardegna (-21,27%), Valle d'Aosta (-32,55%), P.A. Bolzano (-45,34%).

Nel 2022 sono saltate in media a livello nazionale circa una prima visita specialistica su 6 rispetto al 2019 (-15,49%), con punte di oltre una prima visita su due nella PA di Bolzano (-57,8%); circa una su tre in Valle d'Aosta, Sardegna, Calabria; circa una su 4 in Abruzzo, Marche, Umbria e oltre una su 5 in Veneto e Sicilia. Complessivamente 12 regioni fanno peggio della media nazionale.

Secondo la valutazione di Salutequità, a rimetterci sono anche le cure per i malati cronici, che hanno visto saltare a livello nazionale circa una visita di controllo su sei e fino a oltre una su tre rispetto al 2019 in Sardegna (-36,16%), PA Bolzano (-35,66%), Valle d'Aosta (-38,11%).

Sono 12 le Regioni che hanno recuperato meno prime visite rispetto alla media nazionale. La Lombardia ha quasi recuperato tutte le prime visite (-3,95%), seguita da Basilicata (-7,99%) e Emilia-Romagna (-7,83%). Tutte le altre Regioni devono recuperare almeno una prima visita su 10. E sono 11 le Regioni che fanno peggio rispetto alla media nazionale rispetto alle le visite di controllo. Solo la Toscana deve recuperare meno di una visita di controllo su dieci.

Le regioni nelle quali resta da recuperare circa una visita su tre (sia per prime visite che per quelle di controllo) sono: Calabria, Sardegna, Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano.

Hanno fatto peggio rispetto alla media nazionale, erogando meno prime visite e visite di controllo rispetto al 2019, anche Piemonte (18,59% prime visite e 19,53% visite controllo), Veneto (22,85% prime visite e 19,54% controllo) e Sicilia (22,46% prime visite e 26,17% controllo).

Venerdì 24 MARZO 2023

Su accreditamento scuole specializzazione no a soluzioni di compromesso

Gentile direttore,

il [Decreto Interministeriale](#) firmato dai Ministri della Salute e dell'Università, n. 138 dello scorso 10.03.23, interviene aggiornando gli standard minimi di accreditamento delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria. Questo si configura evidentemente come un intervento al photo finish per consentire l'accREDITamento delle scuole per il prossimo anno.

Gli interventi afferiscono a due aree: programmazione delle rotazioni dei Medici in formazione specialistica in funzione dei volumi di prestazioni erogate e uno scadimento dello standard di organico docente minimo. Il recente aumento del numero di borse di specializzazione stanziata per sanare il fenomeno noto come "imbuto formativo" e, al contempo, dare un' apparente risposta alla carenza di personale medico, ha evidenziato lampanti lacune nel sistema formativo specialistico italiano.

L'assenza di una capacità ricettiva proporzionale alla numerosità dei medici ammessi alla formazione specialistica ha condotto al sovraffollamento di alcuni reparti, con un impatto negativo sulla formazione e, forse, anche sulla qualità dell'assistenza erogata. I Ministeri, con questo intervento legislativo, cercano di porre un argine al fenomeno, ampliando la capacità ricettiva delle strutture inserite nelle reti formative. Ciò avviene garantendo l'accesso ai Medici in formazione al 100% delle attività assistenziali erogate dai reparti costituenti le reti periferiche. Superando il pregresso limite del 20%, i Ministeri sembrano indicare ai Direttori di scuola un invito a incrementare le rotazioni al di fuori dei reparti universitari.

Tale iniziativa appare migliorativa dello status quo anche se non pone vincoli all'ostinata scelta di taluni direttori di conservare presso il proprio centro tutta la forza lavoro, impedendo o limitando l'accesso alle reti formative. Inoltre, a seguito di questo intervento normativo si rendono necessarie ulteriori azioni per evitare l'opposto, ovvero un ipotetico iperafflusso di Medici Specializzandi in alcune sedi delle reti formative.

Lo stesso DIM al contempo ridefinisce gli standard minimi in termini di organico docente e rappresenta uno scadimento del livello qualitativo attuale. In ogni caso, si sottolinea che lo status di ricercatore o docente convenzionato non risulta condizionante in termini di qualità di supporto e tutoraggio nel processo formativo offerto al singolo Medico in formazione specialistica. Per cui non si critica in sé la possibilità introdotta dai Ministeri, quanto la più o meno cosciente apertura a possibili storture nel prossimo futuro, dove si potrebbe assistere ad uno spostamento del baricentro formativo dalla struttura universitaria ad un reparto ospedaliero puro.

Inoltre, lo standard così come è delineato, non pone l'accento sulla necessità di creare una proporzionalità vincolante tra il numero di docenti afferenti alla scuola e la popolosità della stessa. Infine il DIM parifica la posizione dei ricercatori di fascia A e B: mentre per la fascia B il passaggio al ruolo di professore associato è un automatismo, l'apertura alla fascia A sembra essere una apertura eccessiva. Concludendo, consci della gravità del quadro globale in cui versa l'SSN e rilevate le innumerevoli criticità del sistema formativo specialistico, FederSpecializzandi recepisce sia l'importanza di garantire percorsi formativi di qualità e omogenei sul territorio nazionale sia l'urgenza di attuare l'accREDITamento delle scuole per il prossimo anno accademico.

Però laddove si assista ad un abbassamento degli standard di organico minimi imposto dalla situazione contingente, risulta necessario che il processo di accREDITamento debba tenere ancor più in considerazione

l'opinione diretta dei Medici in formazione specialistica. In caso contrario, FederSpecializzandi non è pronta ad accettare soluzioni di compromesso ed invita subito i Ministri della Salute e dell'Università ad avviare un tavolo tecnico per abbozzare una riforma sostanziale del sistema formativo medico specialistico.

Federspecializzandi

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 24 MARZO 2023

Perché serve una riforma della sanità

Il SSN va riformato perché il processo di aziendalizzazione avviato dagli anni '90 ha fallito. Se gli obiettivi erano quelli del miglioramento della qualità attraverso la competizione dei soggetti erogatori e della efficientizzazione della spesa attraverso gli strumenti in uso nelle aziende in private, questi non sono stati raggiunti neanche in minima parte

In questa fase di forte incremento delle disuguaglianze ed in particolare quelle in salute crediamo che ragionare in modo fondato e concretamente sia l'unico modo per frenare le derive legate a ipotesi di rivisitazione o meri slogan rispetto al sistema sanitario nazionale.

Un SSN che continua nonostante le varie riforme e modifiche a cui è stato sottoposto negli ultimi quarant'anni a mantenere saldi e validi i suoi principi di base sanciti dalla legge 833/1978; un provvedimento legislativo quest'ultimo, nato dalle grandi lotte sul diritto alla salute degli anni '60 e '70 che, senza sminuire il ruolo dei padri e delle madri costituenti, rappresenta la nostra costituzione in sanità.

Lo facciamo da tempo avendo un doppio sguardo quello di medico con ruoli programmatori e da professoressa ordinario di sociologia formatosi alla scuola di Maccacaro, ossia da studiosi in pratica che rifiutano atteggiamenti demagogici e che cercano di avanzare proposte concrete su come ridare vita a un sistema ormai stremato da politiche dissennate di tagli indiscriminati. Uno sguardo basato su competenze scientifiche e pratiche, quindi di parte.

Perché il nostro SSN continua ad avere basi solide che non debbono essere minate.

Del SSN rimangono i principi di universalità delle cure, dell'uguaglianza dei cittadini e di appropriatezza nell'uso delle risorse. Sono principi, purtroppo offuscati dalle politiche degli ultimi anni, che vanno mantenuti saldi e resi effettivamente esigibili con stringenti norme legislative. Ora più che mai, stante la situazione economica e il quadro nosologico delle cronicità e non solo.

Motivi che rendono inaccettabile ogni ipotesi di frammentare ulteriormente l'assistenza sanitaria conferendo alle regioni competenze esclusive in ambito sanitario. Al contrario va rafforzato il ruolo di programmazione dello stato e del ministero della salute attraverso la valorizzazione dell'istituto e delle agenzie come Agenas a cui affidare la definizione di standard quali/quantitativi dei servizi da garantire nei diversi ambiti regionali e relative verifiche e valutazioni.

Definire, come più volte ripetuto, un sistema di reti cliniche basate su livelli di complessità crescente (livello base, spoke e hub) per le principali malattie ad alto impatto assistenziale è l'unico modo per rendere "universale" il sistema di cure. Una programmazione dei servizi elaborata con il concorso attivo delle regioni a cui spetterà la concreta realizzazione di quanto stabilito ma su cui lo stato dovrà esercitare appieno le sue prerogative di finanziamento, verifica e controllo, ivi compresi i poteri sostitutivi previsti dall'articolo 120 della Costituzione.

Il problema delle risorse

Abbiamo più volte sostenuto che il finanziamento del SSN non può essere inferiore al 7% del PIL. Servono nell'immediato 5 miliardi per coprire il disavanzo delle regioni ma dai 15 ai 40 miliardi annui per allinearci alla Francia o alla Germania (come ben documentato recentemente da Cesare Fassari). Si pone allora il problema di dove reperire tali importanti risorse.

Il disavanzo accumulato dal nostro paese anche a causa del COVID e di misure economiche sbagliate come il super bonus edilizio non consente un'ulteriore espansione del debito pubblico. Sarebbe immorale porre a

carico delle generazioni future il peso di carenze dettate dall'incapacità di affrontare i problemi reali pur di non scontentare fasce di popolazioni che ritengono un loro diritto non contribuire ai beni comuni-

Dove reperire le risorse

Le risorse vanno reperite anzitutto attraverso il recupero della evasione fiscale pari a circa 120 miliardi, ma non solo. Un percorso, vogliamo ricordare che quest'anno ha consentito il recupero di circa 20 miliardi e che ora la delega fiscale recentemente approvata dal governo rischia di vanificare.

La delega infatti, un provvedimento complesso e confuso al contempo, introduce una flat tax senza indicarne il limite (85.000 euro?) e istituisce un concordato fiscale con le aziende con fatturato inferiore ai 5 milioni di euro valevole per due anni che, però, nessuno si sentirà obbligato a sottoscrivere.

Gli organici del MEF infatti non consentono in nessun modo di controllare i due milioni di soggetti potenzialmente interessati e che quindi non ci sarà alcuna possibilità di esercitare su di loro quella giusta pressione nel sottoscrivere l'accordo che nasce dalla certezza che lo stato verificherà la veridicità di quanto dichiarato.

Misure dunque che oltre a essere in contrasto con i principi di progressività dell'imposizione sono tecnicamente inefficaci per costringere gli evasori abituali a versare quanto dovuto.

La flat tax inoltre poiché introduce una detrazione fissa e non su quanto speso effettivamente spingerà in campo sanitario gli erogatori a risparmiare sulla qualità dei propri mezzi di produzioni comprando materiale scadente o sulle quantità utilizzate.

Perché sono necessarie misure di aggiustamento e in alcuni casi di superamento

Il SSN va riformato perché il processo di aziendalizzazione avviato dagli anni '90 ha fallito. Se gli obiettivi erano quelli del miglioramento della qualità attraverso la competizione dei soggetti erogatori e della efficientizzazione della spesa attraverso gli strumenti in uso nelle aziende in private, questi non sono stati raggiunti neanche in minima parte.

Il SSN ha dunque bisogno di ridefinire i suoi modelli di governance rivedendo da un lato i rapporti tra regione ed enti locali ormai incagliata in una visione neo-centralista in cui gli enti locali sono soggetti passivi, dall'altro l'architettura istituzionale delle aziende sanitarie e aziende ospedaliere.

Così come va rivisto il rapporto pubblico e altri soggetti erogatori a partire dal privato profit, pur riconoscendo che la presenza di più attori, ma fra loro coordinati, è un elemento di ricchezza per la nostra società senza venire meno però ai principi di universalismo e di garanzia nell'accesso a partire dalla messa in comune delle agende di prenotazione che in alcune regioni come il Lazio continuano ad essere separate da quelle pubbliche.

Anche questi temi sono stati già dibattuti da noi rispetto ai quali abbiamo avanzato proposte concrete su questo giornale che non necessitano di ulteriori ripetizioni.

Perché il personale e il territorio sono la linfa vitale

Il cambio di patocenosi con l'incremento della prevalenza delle malattie cronico degenerative e l'invecchiato della popolazione rendono indispensabile implementare un sistema imperniato sulla medicina dell'iniziativa.

Quindi su un modo di operare interprofessionale che ha bisogno di un numero adeguato di professionisti, qualificati e giustamente retribuiti. Attori del processo di cura che dovranno avere diritti e doveri identici a quello degli operatori che operano nelle strutture ospedaliere.

Perché servono parole chiare e non slogan o retorica

In un contesto in cui le "verità" sono costruite sulla base di strumenti e modelli di comunicazione non sempre verificabili, che si preoccupano di creare la notizia e non di fornire informazioni certe basate su dati ed evidenze appare chiaro che le proposte, tutte le proposte debbono essere ragionevoli e fondate, scientificamente fondate.

Sappiamo quanto i processi di etichettamento abbiano fatto male non solo al sistema di cura ma agli stessi cittadini e ovviamente ai decisori pubblici, pensiamo alla salute mentale.

In una società dove il carico comunicativo supera spesso i livelli di tolleranza e non in pochi casi di comprensione, una informazione chiara, trasparente, semplice anche se è finalizzata a mettere in discussione o ad evidenziare limiti di possibili decisioni assunte, è fondamentale sia per i decisori pubblici, per i così detti intellettuali, ma in particolare per i cittadini a partire da color che vedono messo in discussione il loro diritto essenziale di salute.

Usare gli strumenti di comunicazione per mere polemiche o per salvaguardare derive narcisistiche non è di alcuna utilità per rinnovare un sistema sanitario i cui principi di bene pubblico, garantito dallo stato, universalistico, preventivo continuano ad essere fondamentali.

Crediamo che la discussione intorno a possibili strategie di miglioramento e in alcuni casi di rivitalizzazione del nostro sistema sanitario sia fondamentale avendo però l'obiettivo di fornire suggerimenti e proposte concrete al decisore pubblico, anche quello più riluttante, per la salvaguardia, la valorizzazione e il rilancio del nostro sistema sanitario nato dalla 833/78. Per correggere o eliminare storture prodotte nel tempo. Per tutelare la salute di tutti i cittadini.

Roberto Polillo e Mara Tognetti

Primi mille giorni di vita, nella fotografia Iss-Regioni il 38% dei bimbi esposti a fumo passivo e solo per un terzo delle mamme assunzione appropriata di acido folico



La maggioranza delle mamme, oltre 9 su 10, ha riferito di non aver fumato durante la gravidanza e oltre 8 su 10 di non aver consumato bevande alcoliche. Tuttavia, sono ancora troppi i bambini (38%) potenzialmente esposti a fumo passivo a causa della presenza di almeno un genitore e/o altra persona convivente fumatrice. Inoltre, se è vero che più del 90% delle mamme ha assunto acido folico in gravidanza, è altrettanto vero che solo un terzo (32,1%) lo ha fatto in maniera appropriata a partire da un mese prima del concepimento. Ancora: tra gli 11 e i 15 mesi, oltre la metà dei piccoli è esposta già a schermi, tra TV, computer, tablet o cellulari; nella stessa fascia d'età, oltre un terzo delle mamme trova difficile farli stare, in auto, nel seggiolino ben allacciati. Sono questi alcuni dei risultati, presentati presso l'Istituto Superiore di Sanità, del Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino - Sorveglianza Bambini 0-2 anni - promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'ISS, realizzato in collaborazione con le Regioni.

«Investire nelle prime epoche della vita significa favorire ricadute positive lungo tutto l'arco dell'esistenza, non solo nel singolo ma nell'intera comunità, sia in termini di salute che di sviluppo di competenze cognitive e sociali e di accesso a percorsi educativi e professionali – afferma Giovanni Capelli, Direttore del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Iss - I risultati dell'edizione 2022 della Sorveglianza mostrano che i comportamenti favorevoli al pieno sviluppo psico-fisico dei bambini non sono sempre garantiti ed evidenziano differenze territoriali e socio-economiche meritevoli di attenzione in un'ottica di salute pubblica». Dalla Sorveglianza – che ha coinvolto un totale di oltre 35.000 mamme intervistate nei Centri

Vaccinali delle Regioni partecipanti - viene fuori che due terzi delle mamme (66,7%) è consapevole di dover mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su per prevenire la morte improvvisa in culla e che tre quarti delle mamme (76,1%) intende vaccinare i propri figli ricorrendo sia alle vaccinazioni obbligatorie che a quelle raccomandate. Il 13% dei bambini non è mai stato allattato e sono ancora pochi quelli allattati in maniera esclusiva per il tempo raccomandato dall'Oms: il 46,7% nella fascia d'età 2-3 mesi che si riducono al 30% nella fascia 4-5 mesi.

Troppi i bambini che passano del tempo davanti a TV, computer, tablet o cellulari già a partire dai primi mesi di vita: il 22,1% nella fascia 2-5 mesi, percentuale che cresce all'aumentare dell'età fino ad arrivare al 58,1% tra i bambini di 11-15 mesi. La quota di bambini a cui non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista risulta pari al 58,3% nella fascia d'età 2-5 mesi, e al 32,6% tra i bambini di 11-15 mesi. Il 12,4% delle mamme di bambini di 0-2 anni ha riferito di essersi rivolta a pediatra o pronto soccorso per incidenti occorsi al bambino. Il 19,3% delle mamme di bambini di 2-5 mesi riferisce di avere difficoltà nel farli stare seduti e allacciati al seggiolino, quota che sale al 34,4% tra le mamme di bambini di 11-15 mesi.

L'indagine

La finalità della Sorveglianza è di raccogliere informazioni su alcuni determinanti di salute del bambino da prima del concepimento ai 2 anni di vita per produrre indicatori a livello regionale o aziendale, richiesti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione, che consentano confronti territoriali e intertemporali. Inoltre, la Sorveglianza prevede la diffusione di materiale informativo multilingue sui determinanti indagati, come la brochure per i genitori consegnata alla mamma dopo la compilazione del questionario e i poster distribuiti ai Centri Vaccinali e i Pediatri di Libera Scelta.

In questa seconda edizione della rilevazione sono state intervistate complessivamente oltre 35.000 mamme di bambini fino a 2 anni di età, utilizzando un questionario anonimo autocompilato presso i Centri Vaccinali tra giugno e ottobre 2022. Il tasso di partecipazione nelle regioni partecipanti varia tra l'89,2% e il 98,6%.

Sintesi della raccolta dati 2022

Assunzione di acido folico in epoca periconcezionale

L'assunzione quotidiana di 0,4 mg di acido folico (vitamina B9) da quando la coppia comincia a pensare a una gravidanza fino alla fine del terzo mese di gestazione, protegge il bambino da alcune gravi malformazioni congenite. La quota di mamme che ha assunto acido folico in occasione della gravidanza supera il 90%, ma meno di un terzo di esse (32,1%) lo ha fatto in maniera appropriata per la prevenzione delle malformazioni congenite, con una variabilità regionale compresa tra il 21,4% e il 42,5%.

Consumo di tabacco in gravidanza e in allattamento

Fumare in gravidanza aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale. I bambini esposti a fumo passivo hanno un rischio maggiore di malattie delle basse vie respiratorie e di episodi di asma. Dai risultati della Sorveglianza emerge che il 6,4% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza con un range compreso tra il 2,9% e il 10,3%. Ha dichiarato invece di fumare in allattamento l'8,7% delle mamme (range: 4,9% - 13,9%). La percentuale di bambini potenzialmente esposti al fumo passivo, a causa della presenza di almeno un genitore e/o altra persona convivente fumatrice, varia dal 27,4% al 46,6%, con valori tendenzialmente più elevati nelle regioni del Sud.

Alcol in gravidanza e in allattamento

L'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento può associarsi a spettro dei disordini fetotalcolici (FASD), aborto spontaneo, parto pretermine, basso peso alla nascita, sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS), malformazioni congenite, difficoltà cognitive e relazionali. La grande maggioranza delle mamme non ha assunto bevande alcoliche in gravidanza, il 18,6% ha dichiarato

di aver consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese e il 3,7% almeno 3-4 volte, con una variabilità regionale in quest'ultimo caso compresa tra l'1,7% e il 6,1%. Durante l'allattamento il consumo di alcol risulta più diffuso che in gravidanza e la quota che lo ha assunto almeno 3-4 volte nei 30 giorni precedenti l'intervista varia tra il 3,4% e il 12,9% nelle mamme con bambini di 2-5 mesi. Il consumo di alcol risulta tendenzialmente più diffuso nelle regioni del Centro-Nord.

Allattamento

I benefici dell'allattamento sia per la mamma che per il bambino sono ormai ben documentati. L'OMS e l'UNICEF raccomandano di allattare in modo esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino e di prolungare l'allattamento fino ai 2 anni e oltre, se desiderato dalla mamma e dal bambino. I risultati della Sorveglianza mostrano che il 30% dei bambini nella fascia d'età 4-5 mesi viene allattato in maniera esclusiva, con una elevata variabilità regionale caratterizzata da quote più basse nelle regioni del Sud e comprese tra il 13,5% e il 43,2%. Risulta invece non essere mai stato allattato il 13% dei bambini rilevati dalla Sorveglianza, con quote tendenzialmente più alte nelle regioni del Sud e complessivamente comprese tra il 7% e il 17,2%.

Lettura precoce in famiglia

Leggere regolarmente al bambino già dai primi mesi di vita significa contribuire al suo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale. Nella settimana precedente l'intervista non è mai stato letto un libro al 58,3% dei bambini nella fascia di età 2-5 mesi con valori più alti nelle regioni del Sud e compresi tra il 38,3% e il 69,7%. Nella fascia 11-15 mesi la quota di bambini non esposti a lettura risulta pari al 32,6% (range: 16,4% - 48,5%).

Esposizione a schermi

Le evidenze scientifiche sui rischi per la salute psicofisica dei bambini - disturbi del sonno, emotivi, sociali - derivanti dall'uso eccessivo e/o scorretto delle tecnologie audiovisive e digitali sono in aumento. Viene raccomandato di utilizzare queste tecnologie in presenza di un adulto e di evitarne l'uso tra i bambini al di sotto dei 2 anni di vita. Il 22,1% dei bambini di 2-5 mesi passa del tempo davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari con un range territoriale tra il 13,6% e il 30,3%. La maggior parte dei bambini esposti passa meno di un'ora al giorno davanti a uno schermo e dall'1,9% al 9,1% vi trascorre almeno 1-2 ore. I livelli di esposizione crescono all'aumentare dell'età in tutte le regioni e, tra i bambini di 11-15 mesi, le quote che passano almeno 1-2 ore al giorno davanti a uno schermo arrivano a variare tra il 6,5% e il 39,3%. I bambini risultano maggiormente esposti a schermi nelle regioni del Sud.

Posizione in culla

La sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) rappresenta una delle principali cause di morte post-neonatale. Tra gli interventi semplici ed efficaci per ridurre il rischio è raccomandato mettere a dormire il bambino in posizione supina. Dalla rilevazione risulta che due terzi delle mamme dichiara di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (66,7%) con un range compreso tra il 53,2% e il 79%. Risulta frequente anche l'adozione di posizioni diverse da quella raccomandata, con il 18,7% delle mamme che pone il bambino in culla di lato.

Sicurezza in casa

Il rischio di incorrere in un incidente domestico risulta elevato tra i bambini, in particolare sotto i 5 anni di età. Il 12,4% delle mamme è ricorso a personale sanitario per un incidente occorso al figlio (cadute, ferite, ustioni, ingestione di sostanze nocive, ecc.), quota che varia a livello territoriale tra il 10,5% e il 14,7%. Nelle regioni del Centro e soprattutto del Sud si registra un maggior ricorso al pediatra, mentre nel Nord non si rilevano sostanziali differenze tra ricorso al pediatra o al pronto soccorso.

Sicurezza in auto

L'utilizzo corretto dei dispositivi di protezione per il trasporto in auto dei bambini può ridurre sensibilmente il rischio di traumi e di morte a seguito di incidente stradale. Dalla Sorveglianza

emerge che il 19,3% delle mamme di bambini di 2-5 mesi ha riferito di avere difficoltà nel far stare il bambino seduto e allacciato al seggiolino, con una variabilità regionale compresa tra il 14,2% e il 29,7%. Al crescere dell'età del bambino le quote di mamme che riferiscono difficoltà aumentano in tutte le regioni, assumendo valori compresi tra il 27,0% e il 47,0% nella fascia d'età 11-15 mesi.

Vaccinazioni

Le vaccinazioni possono proteggere il bambino dal rischio di contrarre alcune malattie infettive che possono determinare complicanze pericolose. Il 76,1% delle mamme ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni previste, quota che varia tra il 68,6% e l'83,7% a livello regionale. Seguono le mamme intenzionate a effettuare solo le vaccinazioni obbligatorie (tra il 10,2% e il 23,8%). La quota di indecise risulta compresa tra il 3,9% e l'8,3% .

Informativa



Noi e terze parti selezionate utilizziamo cookie o tecnologie simili per finalità tecniche e, con il tuo consenso, anche per altre finalità come specificato nella [cookie policy](#). Il rifiuto del consenso può rendere non disponibili le relative funzioni.

Usa il pulsante "Accetta" o chiudi questa informativa per acconsentire.

Scopri di più e personalizza

Accetta

Dal palazzo

Il documento

Stabilizzazione dei precari Covid, ecco il piano dell'assessorato alla Salute

Sottoposto un protocollo d'intesa ai sindacati, che nei prossimi giorni daranno il loro parere in vista di un altro vertice.



🕒 Tempo di lettura: 4 minuti



24 Marzo 2023 - di [Redazione](#)

[IN SANITAS](#) › Dal Palazzo

A chi toccano le **stabilizzazioni** e con quale **priorità**. Sono i contenuti principali del **protocollo d'intesa** sottoposto ieri ai sindacati dall'assessore regionale alla Salute, **Giovanna Volo**. Insanitas ha avuto visione del documento, che in questi giorni sarà esaminato attentamente e **valutato** dalle organizzazioni sindacali per apportare **eventuali contro-proposte** in vista del nuovo vertice previsto la prossima settimana. I contenuti del protocollo si applicheranno a tutte le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale, all'Irccs Bonino -Pulejo e all'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia.

Ecco i contenuti principali

Obiettivi

Le procedure dovranno essere rivolte alla stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti previsti dal **Milleproroghe** nonché dell'articolo 20, commi 1 e 2, del D.Lgs n. 75 del 2017 e ss.mm.ii (la cosiddetta "*legge Madia*"), "*al fine di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio durante l'emergenza pandemica da Covid-19*".



Personale destinatario e requisiti di ammissione

Salve diverse e ulteriori disposizioni normative sopravvenute, è consentito assumere a tempo indeterminato:

- a) il personale, dirigenziale e non dirigenziale, sanitario, sociosanitario e amministrativo reclutato anche con contratti di lavoro flessibile e anche qualora non più in servizio.

Informativa

Noi e terze parti selezionate utilizziamo cookie o tecnologie simili per finalità tecniche e, con il tuo consenso, anche per altre finalità come specificato nella [cookie policy](#). Il rifiuto del consenso può rendere non disponibili le relative funzioni.

Usa il pulsante "Accetta" o chiudi questa informativa per acconsentire.



b) che abbia maturato o che maturerà al 31 dicembre 2024 almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei nel periodo tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2022.

Questo processo di stabilizzazione dovrà avvenire *"in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale e nei limiti di spesa di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto legge 30 aprile 2019, n.35, convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60"*.

Indicazioni operative

Le Aziende preliminarmente devono aggiornare i rispettivi **Piani di fabbisogno del personale** in considerazione delle sopravvenute cessazioni di rapporti contrattuali, delle procedure di stabilizzazione in itinere nonché dei reclutamenti già perfezionatisi in applicazione di precedenti stabilizzazioni. Effettuato tale adempimento, potranno avviare le procedure di stabilizzazione previa adozione di avvisi di **ricognizione** aziendale del personale, sempre in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni e nei limiti di spesa.

Criteri di priorità

Fermo restando l'applicazione dell'articolo 20, commi 1 e 2, del D.Lgs n. 75 del 25 maggio 2017, saranno adottate le seguenti priorità:

- essere, al momento della pubblicazione dell'avviso di ricognizione, in servizio con **contratto di lavoro subordinato a tempo determinato** presso l'Azienda procedente e possedere i requisiti previsti dall'articolo 1, comma 268, lettera b della legge n. 234 del 2021, come modificato dall'articolo 4 del D.L. n.198 del 2022, convertito con modificazioni dalle legge n.14 del 2023.
- in caso di ulteriori posti disponibili, la precedenza è riconosciuta al dipendente reclutato con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato a seguito di selezione pubblica **anche non più in servizio** e che abbia maturato presso l'Azienda procedente i requisiti previsti dalla normativa.
- in subordine, al personale in servizio con contratto di **lavoro flessibile** che abbia maturato i requisiti di legge presso l'azienda procedente, previo espletamento di apposita procedura selettiva pubblica.

Per il restante personale escluso da queste procedure di stabilizzazione e che abbia maturato almeno 6 mesi di servizio durante il periodo dell'emergenza (per come sopra individuato), le aziende e gli enti sono autorizzate a riconoscere un **punteggio premiale** nella valutazione curriculare, pari a 0,3 per mese fino a un massimo di 5 punti.


MENU

Cerca...

Informativa

Noi e terze parti selezionate utilizziamo cookie o tecnologie simili per finalità tecniche e, con il tuo consenso, anche per altre finalità come specificato nella [cookie policy](#). Il rifiuto del consenso può rendere non disponibili le relative funzioni.

Usa il pulsante "Accetta" o chiudi questa informativa per acconsentire.

 [Stampa questo articolo](#)

Tag:

ASSESSORATO ALLA SALUTE AVVISI DI RICOGNIZIONE GIOVANNA VOLO LEGGE MADIA MILLE PROROGHE
MILLEPROROGHE PRECARI COVID PRECARI SANITÀ PREMIALITÀ RICOGNIZIONE STABILIZZAZIONE PRECARI

Contribuisci alla notizia

[Invia una foto o un video](#)

[Scrivi alla redazione](#)

Altre notizie



Il decreto dell'assessorato

[Comitato etico territoriale Sicilia, al via la selezione dei componenti](#)



Il servizio video di Insanitas

[Precari Covid, Ugl Salute Sicilia: «Ecco le nostre richieste all'assessorato alla Salute»](#)



L'annuncio

[Al via accordo integrativo regionale sulle Uca, il plauso della Fimmg Sicilia](#)

Contenuti sponsorizzati

Testata giornalistica registrata presso il Tribunale di Palermo (n.4 del 2018)

Direttore Responsabile:
Michele Ferraro

Ideatore:
Filippo Pace

Direttore Scientifico:
Paolo Pirrotta

Editore:
Associazione culturale In Sanitas

ASP e Ospedali

Dal palazzo

Policlinici

Sanità privata

Società scientifiche

Emergenza urgenza

Salute e benessere

Farmacia

Veterinaria

Insanitas TV

[Effettua una segnalazione](#)

[Pubblicità](#)

[Credits](#)

Seguici sui social

[Telegram](#)

[Facebook](#)

[Youtube](#)

[Twitter](#)

Toxoplasmosi: in calo gli anticorpi. Allerta per immunodepressi e donne in gravidanza

Solo il 30 per cento delle donne al momento della prima gravidanza ha già contratto l'infezione da toxoplasmosi. Attenzione a cibi e animali ma gli esperti assicurano «Non serve demonizzare il gatto»

di Federica Bosco



Torna a far paura la toxoplasmosi. Dando uno sguardo alle statistiche, infatti, in Europa si osserva un declino della sieroprevalenza, ovvero la presenza di anticorpi contro il parassita. Questo significa: crescente allerta per le donne in gravidanza e nei soggetti immunodepressi e attenzione ai gatti, considerati veicoli di trasmissione. Ma è davvero così? Lo abbiamo chiesto agli esperti **Luigi Venco**, consulente esperto in parassitologia veterinaria presso il laboratorio di analisi veterinarie **MYLAV** e **Francesca Tamarozzi**, laureata in medicina umana e veterinaria, ed esperta in parassitologia.

La toxoplasmosi torna a fare paura?

«Oggi in Italia solo il **30 per cento delle donne durante la prima gravidanza** ha già contratto l'infezione e sviluppato anticorpi. Considerando che la media europea era del 44 per cento a inizio degli anni 2000 e dell'80 per cento negli anni '60, è evidente che oggi occorre prestare attenzione. Il rischio maggiore è per le persone immunodepresse e per le donne in gravidanza per i possibili danni che potrebbe causare il parassita al feto».

Come si contrae?

«L'infezione può essere contratta in vari modi. Il più frequente è tramite l'ingestione dei parassiti espulsi dal gatto con le feci, chiamate oocisti. Un **gatto** infetto elimina **oocisti** una sola volta nella sua vita per un periodo di due settimane. I parassiti espulsi però restano nell'ambiente per molto tempo perché sono resistenti. La seconda possibilità di contrarre il parassita è tramite l'ingestione delle **cisti parassitarie contenenti bradizioiti** presenti nella carne, in particolare suina, ovina, caprina e più raramente selvaggina».

Qual è la forma di contagio più frequente?

«Nell'uomo si stima che la forma più diffusa sia proprio per via alimentare. Infatti, l'ingestione di **carni crude o poco cotte** (più a rischio le rosse delle bianche) contenenti bradizioiti sia responsabile dal **40 al 60 per cento delle infezioni**».

Ma come si può manifestare la toxoplasmosi?

«Al momento dell'infezione la maggior parte delle persone è **asintomatica** perché si producono gli anticorpi e l'infezione si inattiva. Ad essere maggiormente a rischio sono invece le **persone immunodepresse** perché il sistema immunitario non riesce a inattivare l'infezione e le **donne in gravidanza**, perché possono trasmettere il parassita al feto attraverso la **placenta**. La possibilità che il parassita arrivi alla placenta aumenta con il progredire della gravidanza, ma il rischio di causare danni al feto diminuisce col passare dei mesi. I problemi più seri si riscontrano se la donna contrae l'infezione nei mesi che precedono la gravidanza perché aumenta il rischio di aborto e nel primo trimestre».

Quali esami occorre fare per sapere se un individuo ha sviluppato gli anticorpi?

«In previsione di una gravidanza è importante effettuare il **test anticorpale per la toxoplasmosi** che può essere effettuato anche nei primi tre mesi di gestazione. Se la donna gravida è sieronegativa per la toxoplasmosi può essere prudente fare il test della toxoplasmosi anche al gatto di famiglia. In questo caso è importante interpretare al meglio i risultati. Se il gatto è **positivo IgG e IgM** significa che non elimina oocisti. Se è **negativo IgG e positivo IgM** ha terminato la fase di eliminazione di oocisti, ma è opportuno fare la ricerca del parassita. Infine se il gatto è **negativo sia a IgG e IgM** potrebbe infettarsi ed eliminare in

Il ministro Lollobrigida firma quattro decreti. In chiaro anche l'origine

Insetti nel cibo in etichetta

E sanzioni fino a 24 mila euro per chi li cela

DI LUIGI CHIARELLO

Arrivano quattro decreti «fotocopia» per l'etichettatura degli alimenti e degli ingredienti a base di insetti, destinati al consumo umano. Sulle confezioni, oltre all'indicazione dell'insetto utilizzato nel prodotto dovrà comparire anche la sua provenienza. E i prodotti dovranno «essere posti in vendita in comparti separati, segnalati attraverso apposita cartellonistica».

Per chi «sgarra», le sanzioni possono arrivare anche fino a 24mila euro. I provvedimenti contengono indicazioni specifiche sulle indicazioni da riportate sulle confezioni e riguardano, più specificatamente, i prodotti ottenuti tramite l'utilizzo di *Acheta domestica* (grillo domestico), larva di *Tenebrio molitor* (larva gialla della farina), larva di *Alphitobius diaperinus* (verme della farina minore) e *Locusta migratoria*.

I decreti hanno incassa-



to due giorni fa l'intesa in conferenza stato-regioni, quindi sono stati firmati dal ministro dell'agricoltura, Francesco Lollobrigida, di concerto con i ministri delle imprese e del made in Italy, Adolfo Urso, e della salute, Orazio Schillaci. L'apparato sanzionatorio richiama esplicitamente quanto previsto dal dlgs n. 231/2017.

L'etichetta contenente la denominazione del nuovo alimento – ad esempio «larva gialla della farina (larva di *Tenebrio molitor*) congelata» – si legge in tutti e quattro i decreti, dovrà indicare anche se l'in-

grediente d'insetto utilizzato possa provocare: «Reazioni allergiche nei consumatori con allergie note ai crostacei e ai prodotti a base di crostacei, ai molluschi e ai prodotti a base di molluschi e agli acari della polvere. Tale indicazione», prevedono i dm, «deve essere collocata accanto all'elenco degli ingredienti e riportata secondo quanto previsto dall'art. 21, paragrafo 1, del regolamento Ue n. 1169/2011».

Non solo. Le indicazioni sulla tipologia e la provenienza dell'insetto contenuto nel prodotto alimentare dovranno essere: «Facilmente visibili

e chiaramente leggibili» in modo immediato «per l'acquirente» e non potranno: «Essere nascoste, oscurate, limitate o separate da altre indicazioni scritte o grafiche o da altri elementi suscettibili di interferire».

Infine, ma non per ordine di importanza, i quattro decreti riportano tutti una sorta di clausola di salvaguardia: in pratica, si applicheranno «a tutti i prodotti» a base di insetti «immessi in commercio a partire dalla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale», ma non a quelli «legalmente fabbricati o commercializzati in un altro stato Ue o in Turchia o in uno stato parte contraente dell'accordo sullo Spazio economico europeo».

© Riproduzione riservata

I testi dei decreti su www.italiaoggi.it/documenti-italiaoggi

PIANO 2023-2025 Un'anagrafe vaccinale nazionale

Diffondere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia; rafforzare la prevenzione del cancro uterino e delle altre malattie HPV correlate; mantenere le coperture vaccinali target rafforzando governance, reti e percorsi di prevenzione vaccinale; ridurre le disuguaglianze aiutando le fasce di popolazione difficilmente raggiungibili e che presentano una bassa copertura vaccinale; completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale. E ancora migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino; irrobustire la comunicazione in campo vaccinale; continuare a contrastare specifiche malattie come il morbillo e la rosolia. Sono questi alcuni degli obiettivi del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2023-2025 che verrà esaminato in una delle prossime riunioni della Conferenza Stato Regioni.

Pasquale Quaranta

© Riproduzione riservata

CORTE DI CASSAZIONE

La satira non è reato: si sottrae alla verità

La satira non è reato. Almeno quella vera, che non diventa uno schermo dietro al quale far passare notizie false. Diversamente dalla cronaca e dalla critica, si sottrae al parametro della verità: esprime, infatti, un giudizio ironico su un fatto mediante il paradosso e la metafora surreale. E dunque resta assoggettata soltanto ai limiti della pertinenza, laddove le espressioni e le immagini forti sono funzionali alla finalità di denuncia politica o sociale, e della continenza, laddove i toni pungenti e perfino volgari non si traducono in un'aggressione gratuita che lede l'onore e la reputazione della persona interessata. La Cassazione con la sentenza 12101/23 del 22 marzo (V sez. pen.) accoglie il ricorso dell'imputato mentre il sostituto pg concludeva per il rigetto: cassata la condanna senza rinvio, revocando le statuizioni civili. Non costituisce reato il fatto prendere di mira un ente, additandolo come inutile, in volantini, manifesti e su un periodico locale; scritti che mandano su tutte le furie il direttore dell'istituzione, che si ritiene offeso nella reputazione. Il punto è che sia i manifesti sia i volantini hanno un carattere canzonatorio: sono scritti in versi e le rime con frasi colorite - e a tratti scurrili - non mascherano il tentativo di veicolare un'informazione su fatti specifici non veri che possano ledere l'onore della persona offesa; sostanzialmente l'ente è dipinto come autoreferenziale e compiacente verso le gerarchie ecclesiastiche, ma le espressioni utilizzate non si risolvono in un attacco gratuito contro la persona del direttore, mentre l'articolo sul periodico è diretto solo contro l'ente e costituisce una manifestazione del diritto di critica. Nella satira, d'altronde, si possono utilizzare frasi o immagini anche lesive della reputazione altrui, a condizione che siano collegate in modo strumentale alla manifestazione di un «dissenso ragionato» dall'opinione o dal comportamento presto di mira. E a patto che la presentazione in veste ironica e scherzosa non divenga lo strumento per diffondere informazioni false, oltre che offensive, almeno nel nucleo essenziale.

Dario Ferrara



Il testo della decisione su www.italiaoggi.it/documenti-italiaoggi

© Riproduzione riservata




CASSA DI PREVIDENZA DEI RAGIONIERI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI

Obiettivo lavoro: a cosa è dovuto lo squilibrio tra domanda e offerta? Come conciliare necessità e dignità? Con il salario minimo?



FILIBERTO ZARATTI
[ALLEANZA VERDI E SINISTRA] SEGRETARIO UFFICIO DI PRESIDENZA, CAMERA DEI DEPUTATI



ANDREA MASCARETTI
[FDI] COMMISSIONE LAVORO, CAMERA DEI DEPUTATI



PATTY L'ABBATE
[M5S] VICEPRESIDENTE COMMISSIONE AMBIENTE, CAMERA DEI DEPUTATI



PINO BICCHIELLI
[NOI/MODERATI] COMMISSIONE DIFESA, CAMERA DEI DEPUTATI



MARIO CHIAPPUELLA
COMMERCIALISTA E REVISORE LEGALE, ODCEC MASSA CARRARA



PAOLO LONGONI
CONSIGLIERE D'AMMINISTRAZIONE CNPR

MODERATRICE: **Annamaria BELFORTE**

CI VEDIAMO LUNEDÌ 27 MARZO ORE 17,00

SULLE PAGINE FACEBOOK: ANC Associazione Nazionale Commercialisti • Esperto contabile • Previdenza TV • Ragionieri e Previdenza • Unione Commercialisti ed Esperti Contabili

SUI GRUPPI PRIVATI FACEBOOK: Ilcommerci@lista rivista • Cultura fiscale e... dintorni!!!



IN TV LUNEDÌ 27 MARZO ore 21,00 TeleAmbiente [Canale 18, Digitale Terrestre Lazio, Umbria]



IN TV GIOVEDÌ 30 MARZO ore 19,45 Canale Nazionale 254



IN TV MARTEDÌ 28 MARZO ore 21,00 PrimaTV [Canale 68 Digitale Terrestre Nazionale hbbtv (tasto rosso)]



IN TV SABATO 1 APRILE ore 21,00 Canale 16 del DTT in provincia di Brescia, Cremona, Crema, Mantova. Canale 197 del DTT per la provincia di Bergamo

Una circolare del Mediocredito centrale attua le operazioni a supporto dei finanziamenti

Super garanzie per i mini bond

Ombrello di stato sulle obbligazioni emesse da pmi e mid cap

DI BRUNO PAGAMICI

Tutto pronto per la concessione delle «nuove» garanzie (più elevate rispetto al passato) che il Fondo pmi potrà rilasciare a soggetti abilitati (banche, società finanziarie, ecc.) che sottoscriveranno le obbligazioni emesse da pmi e Mid cap (c.d. minibond). Come si legge nella circolare n. 5/2023 del Mediocredito centrale, soggetto gestore del Fondo, le nuove disposizioni che regolano le operazioni di garanzia e controgaranzia a fronte dei finanziamenti sotto forma di obbligazioni concessi alle imprese saranno in vigore dal prossimo 6 aprile 2023, come previsto dal decreto interministeriale 19 maggio 2022 attuativo dell'art. 15 del decreto *Sostegni bis* (n. 73/2021).

Tale norma ha infatti istituito nell'ambito del Fondo di garanzia una Sezione speciale, con una dotazione di 200 milioni di euro, dedicata alle

concessioni di garanzie su portafogli di titoli obbligazionari emessi da imprese e detenuti dalle banche o società finanziarie abilitate, regolate dalle nuove modalità operative.

Diventano ammissibili, oltre alle pmi, anche le c.d. Mid cap (imprese diverse dalle pmi, con meno di 499 dipendenti), ovvero un segmento di imprese particolarmente interessato all'emissione di minibond. Cresce, inoltre, la percentuale della garanzia: fermo restando che la copertura è in funzione della rischiosità del portafoglio misurata attraverso la probabilità media di default, per portafogli di obbligazioni detenute dagli operatori finanziari abilitati che presentano una rischiosità più elevata, la garanzia può arrivare al 25% dell'importo complessivo del portafoglio (contro l'8% delle vecchie modalità operative). Importo che, a sua volta, deve essere compreso tra 40 e 300 milioni. Inoltre, i singoli bond devono

avere un ammontare compreso tra i 2 e gli 8 milioni di euro (e durata massima di 10 anni), comunque non superiore al 5% dell'importo complessivo del portafoglio (contro il 3% delle vecchie modalità operative).

Le garanzie. In relazione ai portafogli di obbligazioni, la Sezione speciale del Fondo interviene concedendo una garanzia diretta o una controgaranzia. La garanzia diretta è concessa, in relazione al valore complessivo del portafoglio di obbligazioni mediante una garanzia le cui misure sono diversamente articolate in funzione della rischiosità del portafoglio stesso misurata attraverso la probabilità di default media, su richiesta di un soggetto finanziatore. La garanzia diretta può essere rilasciata anche in relazione a portafogli di obbligazioni sottoscritte da più soggetti finanziari. In tali casi è presentata dal soggetto finanziatore capofila, che assume l'esclusiva titolarità e responsabilità del rapporto con il gestore del Fondo connesso alla richiesta, alla concessione e alla gestione della garanzia della Sezione speciale;

La controgaranzia è concessa, su richiesta di un soggetto garante, che rilascia la sua garanzia a uno o più soggetti finanziari, con i quali il medesimo soggetto garante collabora per la strutturazione e gestione del portafoglio di obbligazioni.

Il costo della garanzia «una tantum» è pari all'1,5% dell'importo garantito dal Fondo con riferimento al portafoglio di obbligazioni.

Il ricorso ai mini-bond. Come risulta dal nono report dell'Osservatorio minibond del Politecnico di Milano il 2022 è stato un anno da record per questo strumento di debito: 190 imprese italiane non finanziarie hanno raccolto per la prima volta capitali attraverso i minibond e la partecipazione del Mediocredito

centrale a numerosi programmi di basket bond ha consentito a 143 imprese, principalmente pmi, di emettere obbligazioni per 534,4 milioni di euro. Nel 2022 sono stati raccolti sul mercato dei capitali 1,65 miliardi di euro attraverso 268 emissioni (l'anno prima erano state 221), un quarto delle quali di importo inferiore a 2 milioni di euro, di cui 988 milioni relativi alle sole pmi. Salgono così a 1.016 le società (di cui 663 pmi pari al 65,3%) che hanno utilizzato questo strumento e a 1.461 le emissioni dal 2013 al dicembre 2022, per un valore nominale complessivo di 8,61 miliardi di euro (3,56 miliardi dalle sole pmi).

© Riproduzione riservata



La circolare su
www.italiaoggi.it/documenti-italiaoggi

In Gazzetta il decreto Mase con i paletti alla progettazione

Su arredo urbano e parchi giochi criteri minimi green

Publicati i criteri ambientali minimi da rispettare per la progettazione di parchi giochi, per l'arredo urbano e gli arredi per esterni e per la manutenzione ordinaria e straordinaria; limitare il consumo di suolo, tenere conto – fra le altre cose – dei costi della logistica, della durata dei materiali e condividere le scelte progettuali per i parchi giochi con le associazioni di riferimento. Sono queste soltanto alcune delle numerose indicazioni – di cui dovranno tenere conto progettisti e fornitori – previste nell'allegato al decreto del ministero dell'ambiente e delle sicurezza energetica del 7/2/2023, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 69 del 22 marzo 2023, sostitutivo di quello del 5/2/2015. I CAM indicano i criteri minimi che materiali, attrezzature di arredo e soluzioni progettuali devono ottemperare per garantire il rispetto ambientale minimo. Devono essere citati nella documentazione di gara e conseguentemente rispettati dagli affidatari di lavori, fornitori e servizi. Nell'allegato al decreto si



Occhio a logistica e materiali

sottolinea che nella loro applicazione si tanga conto «dell'obiettivo di riduzione del consumo di suolo», anche «valorizzando naturalisticamente l'area da allestire per quanto tecnicamente possibile». Sul fronte della scelta dei materiali viene anche evidenziato che essa non dovrebbe prescindere dagli impatti della logistica (cioè dalla distanza di approvvigionamento, considerando l'intera filiera produttiva), dalla presenza e dalle emissioni di sostanze pericolose, nonché dalla durata dei materiali. Dal punto di vista della condivisione delle scelte progettuali appare di interesse la pre-

scrizione per cui l'amministrazione - in caso di progettazione interna - coinvolga anche le associazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità e delle loro famiglie, di livello regionale e/o nazionale e dei loro esperti anche per «verificare il rispetto in chiave di «Universal Design» dei requisiti di accessibilità, fruibilità, usabilità nonché dell'inclusione e della non discriminazione di bambini e ragazzi con disabilità e degli utenti con esigenze specifiche e gli stessi cittadini fruitori, attivando anche un processo partecipato con bambini, ragazzi, scuole, le organizzazioni o le associazioni rappresentative gli anziani e i giovani, al fine di individuare le esigenze e gli indirizzi». I criteri definiti nell'allegato hanno anche l'obiettivo di stimolare il processo di transizione ecologica sulle diverse filiere. Per i materiali, oltre ai due criteri esistenti è stato aggiunto un requisito trasversale di ecodesign per i prodotti costituiti da parti composte da diversi materiali. E' comunque ammessa la

possibilità di dimostrare la conformità con mezzi alternativi di prova e di accettare etichette o certificazioni equivalenti a quelle richiamate nei CAM, nonché della diffusione di certificazioni ed etichettature nei settori di riferimento. Previste anche prescrizioni mirate a facilitare la gestione di gare che hanno ad oggetto una gamma di prodotti, in modo tale da garantire efficienza nella gestione della spesa pubblica specie agevolando la spesa delle risorse europee del Pnrr.

Andrea Mascolini

© Riproduzione riservata

BREVI

L'ultima Cabina di coordinamento integrata 2009 e 2016 ha appena approvato l'ordinanza che prevede l'intesa sul Piano per le strade dell'Appennino centrale, che comprende 33 interventi per complessivi 958 milioni di euro, di cui 400 mln stanziati dalla Legge di Bilancio, 210 dal Mef e 178 previsti dal Piano nazionale complementare sisma. Dei 958 milioni, i lavori già appaltati ammontano a 400 milioni di euro, mentre la Cabina ha disposto l'attuazione di 558 milioni. Alle misure approvate, si aggiungono i 170 interventi già contenuti nel programma Anas e nelle programmazioni regionali. Lo rende noto il Commissario straordinario del Governo per la riparazione, la ricostruzione, l'assistenza alla popolazione e la ripresa economica dei territori delle regioni Abruzzo, Lazio, Marche e Umbria interessati dagli eventi sismici verificatesi dal 24 agosto 2016.7

A quanto ammontano gli appalti in ambito sanitario relativi alle forniture di farmaci, prodotti per la cura della persona e apparecchiature mediche e ai servizi sanitari e di assistenza sociale? Nel quadrimestre gennaio-aprile 2022, in ambito sanitario, sono state assegnate 19.223 procedure di affidamento per un valore di circa 35,9 miliardi di euro. Emerge dal Rapporto Anac Sanità, all'interno dell'analisi quadrimestrale del mercato dei contratti pubblici.

Creare un luogo d'incontro, di studio e di confronto tra tutti i più importanti esponenti delle istituzioni, del mondo professionale e accademico che si occupano di Enti pubblici, puntando a esprimere indirizzi e orientamenti a supporto di tutti gli operatori in materia di enti locali e società partecipate da amministrazioni pubbliche. È con questi fini che nasce l'Osservatorio Enti Pubblici e società partecipate insediato ieri a Roma nella sede del Consiglio nazionale dei commercialisti.

Non sono oggetto di autorizzazione del Ministero della salute le pubblicità riferite agli accessori di dispositivi medico-diagnostici in vitro cioè di tutte quelle apparecchiature ritenute utili per lavorare su campioni prelevati dal corpo umano. E' quanto prevede il decreto del 26 gennaio 2023 del Ministero della salute che individua le fattispecie di pubblicità di dispositivi medico-diagnostici in vitro che non necessitano di autorizzazione ministeriale. Inoltre il decreto, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 66 del 18 marzo 2023, chiarisce che il Ministero della salute può bloccare la diffusione di tutte quelle pubblicità ritenute rischiose per la salute dei consumatori. (Pasquale Quaranta)

© Riproduzione riservata

A Bruxelles la svolta sui migranti non c'è, nulla di fatto per Meloni

L'Italia ha insistito sul fatto che il tema venisse discusso alla riunione dei leader, ma alla fine solo 10 governi su 27 hanno preso la parola e nelle conclusioni del Vertice sono state inserite solo poche righe di circostanza



Alfonso Bianchi

Giornalista

24 marzo 2023 05:00



Giorgia Meloni nella sala del Consiglio europeo - foto Consiglio europeo

Solo un breve dibattito durante la cena di lavoro. Nonostante i proclami dell'Italia, alla fine quello sui migranti non è stato nemmeno un vero e proprio dibattito al Consiglio europeo di Bruxelles. La strage di Cutro non ha creato quel senso di urgenza

dell'azione che alcuni speravano, e così la partita sulla riforma delle regole comuni per la gestione dei flussi è stata rimandata al Vertice di giugno. Al suo arrivo a Bruxelles Giorgia Meloni si era detta soddisfatta sul fatto che il dossier migrazione sarebbe diventato "un tema centrale" in Europa. "Una cosa impensabile fino a qualche mese fa", si è spinta a dire.

Meloni al Vertice Ue: "Sui migranti mi aspetto passi in avanti"

Ma la centralità di questo tema nella riunione non si è vista affatto, sul tema, messo in agendo su insistenza dell'Italia, sono intervenuti solo dieci Paesi, e si è evitato così il giro di tavolo completo dei Ventisette, che solitamente richiede almeno due ore. Eppure il tempo ci sarebbe stato tutto, visto che la riunione è finita insolitamente poco dopo le nove di sera, quando normalmente si può andare avanti con le discussioni anche fino a mezzanotte ed oltre. Nel suo intervento Meloni avrebbe chiesto il rafforzamento dell'attività Sar e l'avanzamento del lavoro sui rimpatri. Il premier ha poi posto l'accento sulla situazione in Tunisia, ritenuta molto preoccupante e sul fatto che gli arrivi in Italia sono triplicati rispetto al 2022. La premier, infine, ha rimarcato che, "se questo trend continuerà, questa estate la situazione sarà fuori controllo", e per questo, ha affermato, occorre rafforzare la cooperazione con Paesi di origine e transito.

L'austerità per fermare i migranti: il "piano" di Meloni che la Tunisia rifiuta

Nelle striminzite conclusioni sul tema, i leader si sono limitati a scrivere che "la presidenza del Consiglio e la Commissione hanno informato il Consiglio europeo sui progressi nell'attuazione delle sue conclusioni del 9 febbraio 2023 sulla migrazione. Ricordando che la migrazione è una sfida europea che richiede una risposta europea", e che "il Consiglio europeo chiede una rapida attuazione di tutti i punti concordati", ed "esaminerà l'attuazione a giugno". La parola "rapida" è di fatto l'unica vera vittoria dell'Italia che con i suoi sherpa ha insistito sul suo inserimento nelle trattative pre Vertice per settimane. Una magra consolazione per il nostro Paese.

"Il lavoro si è accelerato sulla dimensione esterna" del fenomeno migratorio, ha detto nella conferenza stampa finale il presidente del Consiglio europeo, Charles Michel. "Stiamo rinforzando le capacità di Search and rescue dei partner nord africani, e questo

è stato affiancato da maggiori sforzi nella lotta ai trafficanti di esseri umani", ha aggiunto la presidente della Commissione, Ursula von der Leyen. Ma che le posizioni tra Stati di primo ingresso e Stati del nord Europa siano ancora lontane, per quanto riguarda la condivisione degli sforzi di accoglienza, lo dimostrano le parole di Mark Rutte. "Per avere un maggiore controllo sul grande afflusso di migranti in Europa, i Paesi Bassi ritengono essenziale attuare rapidamente gli accordi presi a febbraio, ad esempio per quanto riguarda il regolamento di Dublino", ha detto il premier olandese. Che tradotto significa: i migranti devono tenersi i Paesi di primo ingresso e bisogna fermare i movimenti secondari.

"Sul nuovo Patto Ue per la migrazione e l'asilo la cosa più importante è evitare una frattura tra Paesi di primo ingresso e quelli che ricevono questa migrazione", ha detto invece il premier spagnolo Pedro Sanchez. E il socialista in questa partita potrebbe rivelarsi un prezioso alleato dell'Italia, più di Viktor Orban, con cui la leader di Fratelli d'Italia ha un rapporto privilegiato. "La posizione ungherese è chiara e semplice: no alle migrazioni! No al gender! No alla guerra!", è stato il solo commento del premier ungherese della giornata, rilasciato tramite Twitter.

© Riproduzione riservata

Nuovo allarme migranti in Sicilia, sbarchi e salvataggi continui, altri 800 in arrivo

di Redazione | 24/03/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

Continuano senza sosta gli [sbarchi in Sicilia](#), e il peggio potrebbe ancora arrivare, visto che sono in arrivo altri 800 [migranti](#). Sono stamattina al molo Norimberga di Messina i 258 tra uomini, donne e bambini che si trovano a bordo della nave Corsi della Guardia Costiera.

Leggi Anche:

Guardia costiera soccorre e salva 450 migranti al largo di Siracusa

Ad accoglierli, grazie all'organizzazione predisposta dalla Prefettura di Messina, forze dell'Ordine, personale della Croce Rossa, dell'Asp, del Comune e di associazioni di volontariato. I migranti fanno parte di un gruppo più ampio recuperati ieri su un barcone a circa 100 miglia ad est di [Siracusa](#).

Gli sbarchi a Lampedusa

Altri quattro sbarchi di migranti si sono registrati fra la notte e l'alba a Lampedusa: sull'isola sono approdati in 167. Ieri, dopo una settimana di stop dovuta al maltempo, c'era stato uno sbarco con 42 persone. Durante la notte, la Guardia di finanza ha soccorso un'imbarcazione, di circa 7 metri, con a bordo 42 persone fra cui 16 donne e 3 minori.

Ai soccorritori hanno dichiarato di essere originari di Costa d'Avorio, Guinea e Nigeria. A seguire il pattugliatore Fusco, sempre delle Fiamme Gialle, ha agganciato un'altra imbarcazione con altri 42 migranti (a bordo pure 7 donne e 7 minori) e poi altri 50 tunisini, fra cui 4 donne e 11 minori. Infine la motovedetta V7007 della Guardia di finanza ha bloccato un natante con a bordo 33 persone originarie di Costa d'Avorio e Guinea.

Leggi Anche:

Tratti in salvo 295 migranti al largo della costa jonica calabrese

Nel gruppo anche 13 donne. Tutti i migranti approdati hanno detto di essere partiti da Sfax, in Tunisia, e sono stati portati all'hotspot dove ci sono 412 ospiti, poco sopra il limite previsto di 396. La prefettura di Agrigento, d'intesa con il Viminale,

ha disposto per la mattinata il trasferimento di 137 migranti a bordo del traghetto di linea per Porto Empedocle.

Altri salvataggi in vista

Le navi Aringhieri e Diciotti della Guardia costiera sarebbero impegnate su due obiettivi a sud est delle coste della Sicilia orientale, nel salvataggio di un migliaio di migranti a bordo di due pescherecci sovraccarichi. Si attendono informazioni che riguardino il coinvolgimento di altre unità navali o eventuali porti di destinazione, una volta completati i salvataggi.

Centrodestra, le tensioni e il tentativo di ricucire gli strappi



Stamattina si riunirà il tavolo regionale della coalizione dopo una settimana ricca di fibrillazioni.

VERSO LE AMMINISTRATIVE di Roberta Fuschi

24 MARZO 2023, 05:07

0 Commenti Condividi

3' DI LETTURA

PALERMO – Il centrodestra siciliano ci prova ancora. Stamattina si riunirà il tavolo regionale della coalizione dopo una settimana ricca di fibrillazioni.

Schifani e Caruso gettano acqua sul fuoco

Il dossier Catania è quello più scottante da maneggiare con cura. Lo sa bene il presidente Renato Schifani che lavora dietro le quinte per evitare ulteriori spaccature. "Il rapporto con la coalizione c'è ed è forte sul piano istituzionale. Per quanto riguarda le amministrative di Catania, confidiamo nell'unità della coalizione, perché uniti si vince, divisi si perde. Lo stesso ministro Salvini oggi (ieri) ha dichiarato parole d'oro, perché secondo me l'unità fa parte del Dna del centrodestra", ha spiegato ieri Schifani commentando le parole del segretario nazionale della Lega Matteo Salvini.

Una posizione e una lettura condivise dal commissario regionale azzurro Marcello Caruso. "Credo che i toni siamo rientrati. Quella di Salvini è una dichiarazione che va nella direzione che auspicavamo: la candidatura di Valeria Sudano a Catania è autorevole e viene ora proposta al tavolo del centrodestra in programma domattina (oggi) a Palermo", ha dichiarato.

Tensioni tra leghisti e autonomisti

Gi azzurri, che rivendicano la convocazione dei tavoli regionali pur nella consapevolezza che l'ultima parola spetta a Roma, cercano di gettare acqua sul fuoco sottolineando gli inviti all'unità e alla responsabilità di Salvini che pure ha messo qualche puntino sulle i. Ad esempio, sottolineando che anche la Lega ha fatto parecchi passi indietro negli ultimi mesi, prima su Palermo poi sulla Regione. E, in attesa del nome del candidato di Fratelli d'Italia, non resta che registrare i toni accesissimi e l'ostilità dichiarata degli autonomisti alla proposta della Lega.

Ieri mattina lo scambio di comunicati stampa al vetriolo tra i livelli locali dei due partiti, nel giorno della visita etnea di Salvini, la dicono lunga sulle difficoltà della coalizione.

Guarda anche

Autostrada Palermo-Catania, più operai nei cantieri dopo la richiesta di commissariamento

Il ministro Salvini ha aperto all'ipotesi di nominare una figura che possa sovrintendere sui lavori in seguito alla richiesta del presidente Schifani. Nel frattempo sembra che ci sia stata un'accelerazione nell'esecuzione delle opere



Redazione

24 marzo 2023 08:15



Foto archivio

Più operai nei cantieri sull'autostrada A19 Palermo-Catania. Da qualche giorno è notevolmente aumentato il numero di lavoratori lungo l'autostrada, che nei giorni è stata al centro di polemiche. Il presidente della Regione Renato Schifani ha chiesto "con garbo istituzionale una figura commissariale per l'autostrada A19 Palermo-Catania".

"Ritengo che un commissario - aveva detto Schifani - senza necessità di poteri 'modello Genova' perché si tratta di opere di manutenzione ordinaria e straordinaria, sia la figura che possa meglio vigilare sul rispetto dei tempi e sull'andamento dei lavori. Abbiamo necessità di accelerare e recuperare un gap che risale agli anni pregressi e risolvere un enorme problema che pesa come un macigno nel collegamento tra queste due aree metropolitane della Sicilia".

E a stretto giro di posta era arrivata la replica del ministro delle Infrastrutture e vice premier Matteo Salvini che ha aperto all'ipotesi di nominare un commissario per accelerare i cantieri lungo la A19, l'autostrada Palermo Catania. Salvini due giorni fa ha diramato una nota sul sito del Mit nella quale si dice "impegnato per accelerare i cantieri anche in Sicilia. Per questo in accordo con Regione e Anas, si sta ragionando sulla nomina di un commissario ad hoc per la A19".

Sul miglioramento della rete viaria siciliana "abbiamo ingaggiato un confronto forte, ma corretto, con Anas che in merito all'autostrada Palermo-Catania ha cambiato il suo modo di porsi", ha spiegato ancora il governatore siciliano Schifani che ha ricordato che "a giugno sarà formato un Accordo di programma con lo stanziamento di un miliardo di euro" per l'autostrada. Per i lavori "ci sarà un unico contraente che avrà la responsabilità anche dei tempi". Nel frattempo sembra che ci sia stata una accelerazione nei lavori lungo l'autostrada.

Palermo, Morosini verso la presidenza del tribunale



La ratifica del plenum dovrebbe essere scontata

GIUSTIZIA di Redazione

24 MARZO 2023, 09:11

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

PALERMO – Il gip del processo sulla presunta trattativa Stato-mafia Piergiorgio Morosini, già leader di Magistratura democratica, sarà quasi certamente il nuovo presidente del tribunale di Palermo.

La sua nomina è stata proposta all'unanimità dalla Commissione per gli incarichi direttivi del Csm e dunque la ratifica del plenum dovrebbe essere scontata.

Il voto è la conseguenza dell'annullamento da parte della giustizia amministrativa della nomina di Antonio Balsamo a presidente del tribunale di Palermo deliberata nella passata consiliatura. La pronuncia era stato l'effetto di un ricorso presentato proprio da Morosini.

Attualmente sostituto procuratore generale in Cassazione, Morosini è stato in passato consigliere del Csm.

Tags: Mafia · piergiorgio morosini