



Rassegna Stampa 27 marzo 2023

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

Intanto, grazie a Ivan, ancora una volta, per il suo prezioso contributo, per la sua lungimiranza, per la sua passione, per il pensiero originale e unico sulla medicina, “Scienza impareggiabile”, e sulla sanità, patrimonio comune al quale non dobbiamo rinunciare.

Filippo Anelli

Presidente della Fnomceo

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

Lunedì 27 MARZO 2023

DI anziani. Un passo in avanti per non autosufficienza, ma c'è ancora molto da fare

L'attesa Riforma contiene molti punti di forza, tra cui: riconoscimento della rilevanza del problema, costituzione del Sistema unico anziani di natura pubblica, valutazione multidimensionale nazionale, prestazione universale, unione tra Distretti ed ambiti sociali. Tra i punti di debolezza: Insufficiente attenzione della pubblica opinione e ridotto sostegno politico; trattazione del testo troppo articolata e fuorviante rispetto al tema centrale della non autosufficienza; asimmetria tra l'ambizione del piano riformatore e incertezza delle risorse.

Con l'approvazione alla Camere (150 voti favorevoli, 72 astenuti, nessun contrario) è stata approvata definitivamente la Legge "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" in cui il Capo III è dedicato alle politiche per le persone anziane non autosufficienti, che è oggetto specifico di questa nota. Impostata dal precedente Governo Draghi, la Legge è firmata dal Presidente Meloni, dal Ministro del Lavoro e Politiche Sociali Calderone e dal Ministro della Salute Schillaci. A nostro parere segna una svolta storica e potrà essere una Riforma di grande peso per il nostro welfare per la nonautosufficienza. Ad eccezione di [Quotidiano Sanità](#), [sempre puntuale e preciso](#), questo traguardo atteso da oltre vent'anni non ci sembra abbia avuto risonanza comunicativa pari alla sua portata. Desideriamo riproporla a giusta attenzione.

Prima osservazione: questa riforma nasce in collegamento con la versione del PNRR predisposta dal Governo Draghi (non c'era nella versione del Governo Conte), che produsse anche lo schema legislativo della Legge - grazie soprattutto all'impegno dell'ex-Ministro del welfare Orlando - ripreso in continuità come base di lavoro nella nuova legislatura. Non vi è stato grande dibattito alla Camera ed al Senato; l'attuale maggioranza è stata coesa (ben guidata dal Vice Ministro Bellucci); l'opposizione non si è espressa con parere contrario, ma si è astenuta. Il lavoro nelle Commissioni si è svolto spedito. Tuttavia, a fronte di questo rapido iter legislativo, a noi sembra che il livello generale di attenzione dei politici, dell'opinione pubblica, dei media e degli addetti ai lavori si sia rivelato inferiore all'atteso, considerata la rilevanza epidemiologica, etica, giuridica, istituzionale, sociale e professionale della Riforma.

IL RUOLO DEL "PATTO PER UN NUOVO WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA"

La seconda osservazione riguarda il ruolo svolto dal "Patto per un nuovo welfare sulla Non Autosufficienza" (www.pattononautosufficienza.it), di cui CARD fa parte. Nato circa due anni fa, è composto da 57 Associazioni (coordinate da Cristiano Gori) rappresentative del mondo della non autosufficienza italiano. Il PATTO porta come primo merito l'aver proposto ed ottenuto dal Governo Draghi la presenza della riforma nel PNRR. Come secondo, aver elaborato un testo completo di proposta di legge, inviato sia al Governo attuale che precedente, con il risultato finale di vedere oggi presenti nella Riforma approvata alcune idee portanti, tra cui: a) lo SNAA; b) il sistema valutativo in due fasi ed il percorso successivo semplificato e riunito per anziani e famiglie; c) i nuovi servizi domiciliari e residenziali; d) la Prestazione Unica.

LO SCENARIO DI RIFERIMENTO DELLA RIFORMA

Occorre avere ben presente la dimensione quantitativa dello scenario in cui si colloca questa riforma per comprenderne la rilevanza. Secondo le ultime stime ISTAT, sono poco meno di quattro milioni (quattro!) le persone non autosufficienti; per lo più sono anziani/grandi anziani, ma non solo. Sono almeno il doppio i familiari direttamente coinvolti nella gestione di queste fragilità (termine oggi ripetuto ogni momento, ma in questa vicenda poco o per nulla pensato e usato). Sono oltre un milione le "badanti" regolari o irregolari (NB: una forma di assistenza quindi di natura privata, in cui l'intervento pubblico si limita al contributo economico, salvo eccezioni per la formazione, o poco altro). Ancora, si possono stimare in decine di migliaia

gli operatori del pubblico e del privato, e del terzo settore quotidianamente ingaggiati nella cura ed assistenza. In totale, quindi, oggi possiamo contare dieci milioni (dieci!) di cittadini italiani che affrontano ogni giorno il peso della non autosufficienza, con una spesa (pubblica e privata) di almeno 30 miliardi.

L'ANALISI DELLA RIFORMA

Di seguito dieci nostre osservazioni sorte dalla lettura della Legge.

1. La riforma presenta tre chiari obiettivi. Primo, costruire un sistema unitario pubblico specifico per un welfare per la non autosufficienza (NA). Secondo, definire nuovi modelli di intervento, per rispondere in modo globale alle complessive (e complesse) esigenze di anziani e famiglie che vivono i problemi della NA. Terzo, incrementare i finanziamenti pubblici dedicati alla NA (oggi visibilmente insufficienti vs i bisogni). Con la Riforma, lo Stato indica pochi elementi qualificanti ed ogni territorio compie i passi necessari per adeguarsi (importante il legame tra Distretti ed Ambiti). In tal modo non si chiedono modifiche ai contesti già in grado di possedere i requisiti e – in conseguenza – di offrire risposte adeguate (pur migliorabili).
2. Come CARD, ricordiamo che in due punti del testo i Distretti compaiono come elementi del cambiamento, in congiunzione con gli Ambiti Territoriali Sociali (Ats), per compiti espliciti di programmazione e governance, per una funzione di regia e di integrazione tra il mondo sanitario e sociale.
3. La prima e maggiore novità operativa della Riforma è il Sistema nazionale assistenza anziani (Snaa), che diventa primo e unico punto di riferimento per ciò che oggi è ripartito tra Stato, Regioni, Comuni, Asl, Inps, le cui competenze saranno mantenute ma coordinate. Piace constatare che è un'idea e proposta del Patto.
4. Tre i livelli di governo e programmazione del nuovo sistema: nazionale, regionale, locale. Per il primo viene costituito presso la Presidenza del Consiglio il CIPA - Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della Popolazione Anziana - con presenza congiunta dei due Ministeri chiave (Salute e Lavoro-Politiche Sociali), oltre a molti altri (forse troppi). I tre livelli di governo dovranno emanare, ai propri livelli nazionali, regionali, locali gli atti programmatici e di monitoraggio, in un insieme pensato (si vedrà quanto poi agito) per raccogliere, coordinare idee e valutare interventi ed azioni.
5. La nuova valutazione multidimensionale unificata (c.d. "valutazione nazionale"), finalizzata "*all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale*" e che consente l'accesso a servizi e benefici, rappresenta una buona leva per il cambiamento.
6. I servizi domiciliari (priorità assoluta per la CARD): troviamo novità. Sono introdotti servizi pubblici ideati per gli anziani non autosufficienti (oggi non è così), con un mix di interventi appropriati, lungo tutto il tempo necessario. La legge indica "*l'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguate, come determinate sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente*". Così, accanto a più copertura dovrebbe esserci più giusta intensità e durata (quest'ultima oggi mediamente di pochi mesi). Sappiamo che per l'ADI delle ASL il PNRR e il DM 77 prescrivono il raddoppio degli attuali 800.000 utenti annuali. Per questo obiettivo cospicue risorse sono previste nel PNRR ed è programmata una congiunzione con il SAD dei Comuni. Si osserva però un problema: in questa prospettiva viene mantenuto l'approccio prestazionale; infatti nel PNRR è già stabilito che oltre la metà del 10% degli anziani in ADI (obiettivo del PNRR) avrà solamente accessi "spot", ben lontani da un approccio di long-term-care per la NA, richiesto con forza dalla realtà e, su questa base, dai componenti del PATTO. In ogni caso, risultano importanti e innovative le indicazioni dell'art. 3 sugli incentivi al co-housing, sugli "*interventi per la solidarietà e la coesione tra le generazioni*", con promettenti prospettive per nuove forme di domiciliarità, come era anche ben evidenziato nelle proposte del PATTO.
7. Le cure palliative entrano con forza nella Legge e sanciscono quindi la possibilità di ottenerle in modo uniforme nel Paese (altro suggerimento del PATTO).
8. I servizi semiresidenziali e residenziali avranno - secondo la Legge – tre obiettivi: consona dotazione di personale, competenze adeguate, qualità di vita degli ambienti. Sembra quindi prospettarsi un futuro più coerente con i bisogni assistenziali e con la ricerca di una qualità di vita dignitosa ed accettabile, sia in termini logistici che assistenziali.
9. La Legge riprende infine un altro tema lanciato dal PATTO: tutelare i diritti di cura delle persone disabili che varcano la soglia dell'anzianità, per le quali le tutele aumentano, le possibilità di assistenza si rinforzano; si migliora la continuità di cura ed assistenza.
10. All'Articolo 5 compare un'altra grande innovazione, ideata dal PATTO: la PRESTAZIONE UNIVERSALE, che si affianca all'attuale Indennità di Accompagnamento (di provenienza INPS, che

oggi offre 527 €/mese, importo indistinto per bisogno o reddito). Si caratterizza come “*erogabile, a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona, di valore comunque non inferiore alle indennità*”. Questa Prestazione unica soddisfa il requisito del rispetto del diritto universale; della proporzionalità (riceve di più chi sta peggio); dell'accesso alla prestazione dopo una valutazione multidimensionale (oggi dopo una valutazione basata su criteri medico-legali nelle Commissioni INPS/ASL); dell'appropriatezza delle risposte: si potrà scegliere tra l'attuale beneficio oppure la fruizione di servizi alla persona, opzione che è premiata con maggiori importi.

PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA

I punti di forza della Legge sono chiari: la Delega valorizza gli insegnamenti dell'esperienza italiana; i temi sono trattati in modo completo (potremmo inserirla tra le leggi “didattico-pedagogiche”); la fattibilità delle linee di azioni (alto l'impegno, ma per obiettivi del tutto possibili); la larga condivisione dalla maggioranza degli addetti ai lavori aderenti al PATTO, ovvero operatori, studiosi, organizzazioni della società civile che nella loro convergenza sono stati di fondamentale aiuto per il legislatore; la previsione dei LEPS e dell'aumento dei fondi per il SAD.

Questi ci sembrano punti di debolezza:

Ridotto sostegno politico. Per sciogliere il nodo delle ineludibili maggiori risorse economiche sarà necessaria ben maggiore attenzione ed interesse delle forze politiche. Senza risorse la Riforma naufragherà. Pesa molto questa *incertezza sulla completezza delle risorse economiche.*

Contraddizione con altre indicazioni del PNRR. Il PNRR prevede un ampio investimento finanziario (2,8 mld fino al 2026) per rafforzare l'attuale modello di domiciliarità, spostato sull'ADI ma senza pari incrementi per il SAD (molto meno dotato in partenza). Quindi non possiamo considerare tale asimmetrico modello come adeguato per la NA. Sono necessari dei correttivi, per andare nella giusta direzione.

Difficoltà tecnica. È la prima volta che si prova a realizzare una strategia nazionale per l'assistenza agli anziani NA. Le amministrazioni centrali sono quindi chiamate ad elaborare indicazioni su una materia tecnicamente molto complicata e della quale si sono finora poco occupate.

Coordinamento ambizioso. La riforma coinvolge diversi Ministeri (innanzitutto Welfare e Salute), le Regioni e i Comuni. E' da verificare la capacità e la volontà di questi attori di costruire insieme nuove politiche per gli anziani NA, quando si entrerà nel merito dei Decreti Delegati.

Confusione del testo. La Delega accompagna alcune indicazioni chiave con la declaratoria di un eccesso di buone intenzioni e la previsione di molte altre cose da fare non decisive o non urgenti, all'interno di un testo complesso, che appare spesso disarmonico e non tutto specifico per le persone NA. Ciò rende difficile nei futuri Decreti Delegati concentrarsi su ciò che conta veramente nella NA.

Queste luci ed ombre motivano l'aggettivo di “Possibile” vero cambiamento dai distretti ambiti sociali.

OSSERVAZIONI FINALI

Come spesso viene detto in queste circostanze, questa Riforma costituisce *non un punto di arrivo, ma di partenza*. Senza “giusti” Decreti Delegati, da adottare entro il 31 gennaio 2024 (tempo brevissimo quindi), la Riforma rimarrà un esercizio legislativo privo di impatto pratico per (mai dimenticarlo), i milioni di cittadini portatori di diritti (a ben guardare sono quindi ben di più di quelli del target di altre riforme in cantiere ora intensamente dibattute) e, va ricordato, per decine di migliaia di persone impegnate nel lavoro di cura ed assistenza.

Noi pensiamo a questa riforma come primo strumento di difesa di diritti di cittadinanza e di tutela della salute e del benessere, una misura di natura costituzionale, in una partita che non può riguardare solamente la sanità. L'approccio alle persone non autosufficienti deve essere intersettoriale, interistituzionale, sempre plurale, globale e locale negli interventi ed anche nella programmazione, governance, coordinamento, in cui la parte pubblica dovrà immettere maggiori risorse economiche. Non può esistere un progetto riformatore di questa portata senza maggiori dotazioni economiche.

Come riflessione finale di CARD, consapevolmente un po' “partigiana”, affermiamo che i Distretti, ogni giorno da anni in campo per questa fascia di persone e bisogni, potranno esercitare in queste prospettive una

forza positiva integrante coerente con lo spirito della Riforma, tanto maggiore quanto più i Decreti Delegati consentiranno di farvi pervenire maggiori risorse, strumenti, poteri. Siamo convinti che i risultati non potranno mancare.

Paolo Da Col, Antonino Trimarchi, Gennaro Volpe

CARD - Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti, Società Scientifica delle Attività Territoriali.

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 27 MARZO 2023

La sanità malata e il cinismo della sinistra

Trovo biasimevole tentare, come opposizione al governo, quindi come sinistra, di salvare la sanità pubblica dalla forca limitandosi ad allungare la corda dell'impiccato anziché tagliarla di netto. Cioè rimuovendo del tutto il problema della forca che, quella che ho definito "[grande marchetta](#)" con il privato rappresenta

Abbiamo detto e ridetto che tra le priorità politiche del governo Meloni la sanità pubblica non c'è. Lasciamo perdere il perché e il per come ma la sua, a me pare, sia oggettivamente una scelta politica con dietro un preciso retropensiero che forse vale la pena di comprendere meglio.

La scelta dell'impiccato

Se è vero che la Meloni fino ad ora non ha fatto null'altro che adeguarsi alle politiche dei governi precedenti, allora dobbiamo dire, con onestà che, la Meloni, ha deciso di mettere il cappio intorno al collo alla sanità ma solo perché la sanità questo cappio al collo già ce l'aveva da prima e da un pezzo.

Il che vuol dire che la Meloni ha deciso di impiccare chi era già destinato ad essere impiccato.

Quindi la vera responsabilità politica della Meloni è di credere in base alle politiche sin qui fatte dai governi che l'hanno preceduta, di potersi levare di torno la rogna della sanità pubblica.

Dar corda o tagliare la corda?

Non è quindi un caso se Donini assessore alla sanità dell'Emilia Romagna sul *Resto del Carlino* si lamenta del governo che convoca le regioni ma solo per discutere di assicurazioni private (*Il Resto del Carlino*, 22 marzo 2023).

Naturalmente io che ritengo che impiccare degli innocenti non sia giusto e che condannare la sanità alla privatizzazione sia una scelta scellerata per il paese, sono in totale dissenso con il ragionamento poco meditato della Meloni.

Però se è vero tutto quello che ho appena detto allora in tutta franchezza trovo biasimevole tentare, come opposizione al governo, quindi come sinistra, di salvare la sanità pubblica dalla forca limitandosi ad allungare la corda anziché tagliarla di netto. Cioè rimuovendo del tutto il problema della forca che, quella che ho definito "[grande marchetta](#)" con il privato rappresenta.

Riforme facili e petizioni sospette

In questi giorni contro il governo Meloni hanno preso forma due iniziative che meritano menzione :

- da una parte [la petizione del Movimento per la Sanità Pubblica](#) via Change.org (la salute non è un lusso) della quale restano misteriosi i suoi promotori ma che sappiamo nasce dall'Emilia e forse da ambienti vicini ad Art 1 quindi alla Bindi
- dall'altra interventi che ci propongono contro la Meloni riforme facili e presunte rivoluzioni copernicane.

Rispetto alle riforme facili bisogna ammettere che un passo in avanti è stato fatto. Fino a ieri costoro affermavano contro la mia proposta di "quarta riforma" che non c'era bisogno di riformare un bel niente ma che bisognava solo applicare le leggi in vigore ora dopo appena due anni, forse spiazzati da una corale richiesta di riforme, e da un mare innegabile di contraddizioni sono coloro che vorrebbero fare 40 aggiustamenti al minuto ma nello stesso tempo proponendoci improbabili rivoluzioni copernicane per

cambiare tutto ma chissà perché lasciando sempre invariate tutte le più grandi contraddizioni economiche e politiche che oggi stanno impiccando proprio la sanità pubblica.

Riverniciare la casa per appigionarla meglio

A ben leggere le proposte di questi presunti rivoluzionari si capisce che il loro desiderio segreto è che il governo di destra faccia quello che fino ad ora hanno fatto i governi di sinistra.

Tutta questa gente che parla di rivoluzioni e di riforme in realtà l'impressione che mi dà è di gente di altri tempi che vuole solo ripitturare la vecchia casa neoliberista PD per appigionarla meglio. Costoro In fin dei conti alla destra chiedono semplicemente di rifinanziare il loro progetto neoliberale, il diritto potestativo, la privatizzazione.

Siccome penso che alla Meloni in questa crisi di liquidità torni comodo avvalersi delle vecchie politiche neoliberiste del PD per indirizzare la liquidità disponibile in settori più strategici della sanità, non sarà di certo la Meloni a smontare la forca.

Dalla soluzione al pericolo

Per smontare la forca ci vorrebbe una forte opposizione che però abbia il coraggio per il bene comune di fare autocritica e di mettere in campo davvero una "quarta riforma". Ma nonostante i riformisti siano cresciuti come funghi dopo la pioggia in circolazione non vedo gente che fa autocritica.

Nessuno di questi riformatori improvvisati vuole davvero una quarta riforma. Cioè un vero cambiamento. Tutti chiedono soldi ma per continuare ne più e ne meno come prima. Incuranti del fatto che di questo passo andremo a infrangerci contro gli scogli della sostenibilità economica. Ricordo a tutti che la grande marchetta con il privato è a carico dello Stato e che il suo costo proprio oggi ci ha regalato i tagli lineare e i tetti, cioè ci ha detto che la sanità è finanziariamente insostenibile.

Ma che razza di petizione ci proponete?

Ma anche la petizione emiliana non propone riforme. In essa sono semplicemente elencati alcuni aggiustamenti di quello che c'è a contraddizioni economiche sociali e organizzative invariati.

Un esempio per tutti sono gli ospedali: si tratta di metterli in sicurezza, ma da nessuna parte si legge che il DM 70 va superato che bisogna riformare l'ospedale perché ancora fermo a parametri vecchi e superati, cioè che ci vuole un ospedale adeguato non minimo, ecc.

Quindi non è un caso che la petizione non dica una parola critica su questa buffonata del PNRR al punto che abbiamo il sospetto che gli ispiratori della petizione sono gli stessi che prima erano Art 1 e che:

- probabilmente hanno ispirato a suo tempo il ministro Speranza, autore formale del PNRR
- hanno sostenuto la grande marchetta,
- dopo una pandemia per fare il PNRR si sono ispirati alla riforma ter del 1999.

A un certo punto della petizione si legge. *“Siamo di fronte ad un pericolo imminente: il superamento dell'universalismo sanitario del SSN con l'avvio di fatto di un universalismo selettivo”*

E' vero di fatto siamo già ad un universalismo selettivo avanzato peccato che gli autori della petizione dimentichino di dire che tra i fautori dell'universalismo selettivo vi siano proprio alcuni firmatari della petizione.

Io non dimentico

Io non dimentico gli interventi di Errani quando ci diceva che l'universalismo in sanità era morto e apriva di fatto le porte all'universalismo selettivo invocando una riforma del federalismo fiscale, esattamente come vuole fare oggi Calderoli con il suo regionalismo differenziato ([Qs 30 settembre 2011](#)).

Come non dimentico i teorici dell'universalismo selettivo vicini al PD, il prof. Spandonaro in prima linea, che già più di 10 anni fa ci diceva che *“l'universalismo selettivo era dietro l'angolo”* e con i suoi rapporti ci spiegava la necessità di *“limitare l'accesso alla sanità pubblica solo alle categorie più fragili”*, (18° Rapporto Crea sanità).

Raccogliere firme contro se stessi ma senza darlo a vedere

Tutte le controriforme fatte dal PD sono state pensate di fatto con la logica dell'universalismo selettivo sul quale oggi Errani, Bissoni e Donini raccolgono firme contro.

Ma la logica dell'universalismo selettivo è la stessa della logica neoliberista. Di fronte a queste pesanti contraddizioni i così detti neo-copernicani cioè quelli che rivendicano con orgoglio di aver partecipato alla stesura della riforma ter ([QS 7 febbraio 2023](#)) a me sembrano del tutto indifferenti fino a proporsi in realtà più allineati con Tolomeo che non con Copernico. Come mai? Costoro tacciono sul fatto che il diritto fondamentale dell'art. 32 sia stato sostituito dal diritto potestativo cioè che il diritto alla salute non sia più al centro dell'universo come avrebbe desiderato a parte la nostra Costituzione probabilmente proprio Copernico. Perché? Quale bidone state difendendo?

Salvare la sanità dalla forza

E da ultimo ancora una piccola osservazione: i rivoluzionari fasulli e i petitori che raccolgono firme contro se stessi ci vogliono far credere che basti rifinanziare la sanità per salvarla dalla forza.

Cioè basti un pugno di miliardi. Magari fosse così semplice. Per salvare la sanità dalla forza bisogna tagliare la corda che la sta impiccando e per tagliare la corda ripeto ancora una volta bisogna rimuovere tutto quanto le petizioni con l'inganno vogliono salvare.

E gli sgravi fiscali al privato?

E perché né la petizione scritta dai reduci del neoliberismo del PD né i neo-copernicani parlano esplicitamente di fare una battaglia contro il governo per rimuovere gli sgravi fiscali? Nella petizione si dice genericamente che serve "un sistema fiscale equo e progressivo". Ma con la corda al collo che ci fa la sanità di questo genericismo? Perché nessuno si sforza di essere più preciso? Perché nessuno vuole ridiscutere della grande marchetta?

Il vero inganno

Chi ci illude che con pochi miliardi - o come propone il terzo polo con un tesoretto di 10 miliardi o addirittura come ha proposto sempre il mio amico Polillo di imporre una patrimoniale per finanziare la sanità - non sa quello che dice.

Ma vi rendete conto o no dell'assurdità? Si arriva a proporre una patrimoniale come tassa di scopo per finanziare la grande marchetta cioè il sistema nato dalla 229.

Ma a parte le assurdità che lasciano il tempo che trovano resta il problema politico di fondo: ma oggi che ci fai in sanità con 10 miliardi? Ma supponiamo che nel giorno dell'Assunta quindi a ferragosto, il governo ci regali 10 miliardi voi pensate che la corda al collo della sanità non ci sia più? Voi pensate che siamo al riparo dal rischio di default? Che tutto sia finito?

La verità è nelle prassi

Fino a quando :

- la sinistra, l'opposizione, non avrà messo in campo una strategia di sostenibilità alternativa a quella neoliberista
- non si ridimensionerà a favore del pubblico la privatocrazia sanitaria
- il diritto alla salute non tornerà ad essere un diritto fondamentale...

...la nostra sanità avrà sempre il cappio intorno al collo.

I petitori emiliani dovrebbero ricordare che a mettere il cappio intorno al collo della sanità sono state e saranno sempre le contraddizioni economiche.

Si rileggano tutti Marx e ci dicano una volta per tutte come essi intendono rimuovere queste contraddizioni economiche. Tutto il resto è fuffa cialtroneria inganno.

Gramsci mi ha insegnato che la verità è nelle prassi. Purtroppo le prassi dell'opposizione nelle sue varie forme a proposito di sanità a me appaiono senza verità per cui esse per me non hanno nessuna possibilità seria di vincere la battaglia.

Il cinismo di questa sinistra ormai allo sfascio mi fa orrore proprio perché sono di sinistra. Sarà questo cinismo più che la Meloni che alla fine allungherà definitivamente il collo alla sanità.

Ivan Cavicchi

Lunedì 27 MARZO 2023

L'inefficienza dell'Amministrazione non può pesare sui singoli sanitari

Una recente sentenza chiarisce alcuni profili in materia di responsabilità sanitaria quando si tratta di rivalsa per l'avvenuto pagamento dei danni a terzi da parte dell'Azienda sanitaria per condotta asseritamente dolosa o colposa dei propri dipendenti. Il casus belli è da individuare nel maggior danno di € 1.176.000,00 versato in sede transattiva dalla Assicurazione ai genitori di un neonato a titolo di risarcimento del danno biologico dal medesimo patito a causa della asserita malpractice sanitaria in occasione del parto

Una recentissima sentenza in materia di risarcimento del danno indiretto determinatosi a causa dell'erogazione da parte della ASL del rimborso alla Compagnia di assicurazione delle somme rientranti nella franchigia, ci consente di ribadire alcuni principi in materia di responsabilità sanitaria quando si tratta di rivalsa per l'avvenuto pagamento dei danni a terzi da parte dell'Azienda sanitaria per condotta asseritamente dolosa o colposa dei propri dipendenti.

Il *casus belli* è da individuare nel maggior danno di € 1.176.000,00 versato in sede transattiva dalla Assicurazione ai genitori di un neonato a titolo di risarcimento del danno biologico dal medesimo patito a causa della asserita *malpractice* sanitaria in occasione del parto.

Secondo la Procura, il danno erariale era riconducibile all'imperizia del medico di turno e dell'ostetrica, ai quali, veniva contestata la mancata diagnosi di una grave sofferenza fetale per non aver tenuto nel debito conto i tracciati cardiocografici eseguiti sulla partoriente dai quali, secondo il CTU nominato dal giudice civile, si sarebbero potuti evidenziare dapprima "*picchi sia di accelerazione sia di decelerazione*" e poi "*alterazioni del battito cardiaco fetale*".

Secondo questo CTU, la tempestiva diagnosi di sofferenza fetale avrebbe evitato l'insorgere di una sofferenza ipossi-ischemica attraverso l'estrazione tempestiva del feto da un ambiente pericoloso per il suo benessere.

In più, veniva contestata la mancata effettuazione del parto cesareo in via di urgenza, il quale avrebbe evitato l'utilizzo della ventosa e i danni cerebrali irreversibili al feto.

La sentenza nel merito ha escluso la responsabilità dei soggetti chiamati a rispondere, in considerazione delle inefficienze organizzative presenti nella struttura e, così facendo, ha anche ribadito taluni concetti fondamentali.

1. Hanno, ad es., rilevato i giudici come nel caso in esame, alcuna importanza assuma la circostanza che l'Amministrazione abbia deciso di transigere il danno senza il coinvolgimento dei sanitari ritenuti dalla Procura responsabili del contestato pregiudizio.

Un'antinomia, in effetti, se si considera che, ai sensi dell'art.9, co. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. Gelli-Bianco) "*La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio*".

E, nel caso in oggetto, effettivamente i sanitari chiamati a rispondere non erano stati resi edotti dalla struttura sanitaria della scelta effettuata in totale autonomia di attivare la compagnia di assicurazioni per risarcire i

genitori del piccolo, senza coinvolgerli in alcun procedimento o nelle trattative destinate alla stipula dell'accordo transattivo.

A rigore, tanto sarebbe stata una chiara violazione del disposto di cui all'art. 13, della legge Gelli-Bianco, il quale, impone alle strutture sanitarie e sociosanitarie e alle imprese di assicurazione di comunicare agli esercenti la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato o l'avvio di trattative stragiudiziali con questi, con invito a prendervi parte.

Articolo 13 che, dopo le modifiche apportate dall'[art. 11, co. 1, lett. d\) della legge n. 3/18](#), disciplina il tutto con una tempistica e modalità ben determinate – entro quarantacinque giorni, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento – con cui si deve rendere noto l'avvio dei contatti.

Con la conseguente sanzione – in caso di omissione, tardività o incompletezza di dette comunicazioni – dell'inammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui al precedente art. 9. Nel caso in oggetto, per quanto invocato dalla difesa dei sanitari citati in giudizio, il giudice contabile ha ritenuto che la disciplina contenuta in tale norma non trovasse applicazione perché l'azione restitutoria azionata nei confronti della struttura sanitaria era stata formalizzata in epoca antecedente all'entrata in vigore della novella legislativa.

È stata, infatti, da sempre esclusa dalla giurisprudenza un'efficacia retroattiva di tale norma, statuendo che essa valga soltanto per il futuro, ovvero per fattispecie dannose che hanno determinato l'attivazione degli attori della vicenda successivamente alla sua entrata in vigore.

2. Di non poco momento la decisione nel merito della vicenda che ha portato i giudici contabili a non riconoscere responsabili i sanitari mandandoli, così, assolti dalle imputazioni formulate a loro carico perché le gravi inefficienze e le carenze organizzative della struttura ospedaliera dove essi hanno operato hanno escluso gli estremi dell'errore professionale inescusabile.

La legge di riforma degli anni '90 (art. 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20 recante Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti), ha inteso contemperare le esigenze dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità dell'azione amministrativa con quelle della tutela delle persone fisiche titolari di poteri, funzioni e incarichi pubblici, generalizzando il criterio che la prova dell'imputazione della colpa grave è a carico della Procura procedente.

Ricordano, a tal proposito, i giudici contabili che anche la Corte costituzionale ebbe a pronunciarsi in merito ritenendo assolutamente legittima questa disposizione in quanto la disciplina sostanziale della responsabilità degli amministratori e dei dipendenti pubblici è rimessa alla discrezionalità del Legislatore rigettando, quindi, la questione perché la generalizzazione dell'esonero da colpa lieve *“risponde alla finalità di determinare quanto del rischio dell'attività debba restare a carico dell'apparato e quanto a carico del dipendente, nella ricerca di un punto di equilibrio tale da rendere, per dipendenti ed amministratori pubblici, la prospettiva della responsabilità ragione di stimolo, e non di disincentivo”*.

È stato, cioè, ragionevolmente sancito che inefficienze, disorganizzazione e carenze strutturali dell'Amministrazione non possono risolversi in danno del dipendente pubblico. Ed in questo caso, l'evento lesivo della sfera della paziente e del nato è, stato ricondotto alle gravi lacune nell'organizzazione amministrativa, come anche riconosciuto dal CTU il quale ha affermato che nella UOC di ostetricia e ginecologia del Policlinico erano presenti due medici per tutti i servizi (pronto soccorso, reparto e sala parto/sala operatoria, senza reperibilità e senza anestesista di guardia) a fronte delle 6 previste dalla legge.

I due medici presenti hanno dovuto gestire, nella notte n. 7 pazienti in pronto soccorso, n. 8 pazienti in sala parto e n. 40 pazienti in reparto. Durante il parto in contestazione il medico ha assistito, oltre alle due signore con parto naturale nello stesso arco temporale, anche ben 11 accessi di pronto soccorso di pazienti in stato di gravidanza, oltre alle altre 40 pazienti presenti in reparto.

A fronte, quindi, di una tale ingestibile situazione fattuale, mai il giudice contabile avrebbe potuto non considerare la capacità delle inefficienze organizzative di incidere in modo determinante sulle responsabilità dei singoli operatori sanitari, essendo evidente che l'organizzazione non dipendeva da costoro quanto piuttosto dagli enti preposti alle attività di direzione e gestione.

Lo stesso CTU ha spiegato che *“ciascuno dei medici presenti era contemporaneamente impegnato in più attività assistenziali e la scelta di optare per un parto naturale anziché per un taglio cesareo è parsa quella più facilmente percorribile in termini pratici. Per cui la eventuale difformità tra le linee guida e la condotta tenuta deve essere calata nel caso concreto: difatti le carenze/inefficienze organizzative derivanti da decisioni degli enti preposti alle attività di gestione e di direzione possono incidere in modo determinante sulla responsabilità dei singoli operatori”*.

Le inefficienze e le carenze organizzative evidenziate dal CTU hanno rappresentato circostanze oggettive, assolutamente evidenziati anche dagli atti di causa e perfino non smentite dal Requirente, tanto da comportare il rigetto dell'azione risarcitoria da questi attivata che ha portato, per ciò solo, a ritenere come non caratterizzato da colpa grave il comportamento contestato ai sanitari. Illuminante a tali fini quanto affermato dal Collegio Medico Legale, incaricato dal giudice di rilasciare un parere che ha evidenziato che *“benché le linee guida nel caso in essere avrebbero indirizzato verso la scelta di un taglio cesareo anziché di un parto per via naturale, esse vanno però contestualizzate al caso concreto dove le carenze di personale rispetto a quello previsto dalle stesse linee guida del Ministero della salute nel D.M. Sanità del 24 aprile 2000 recepite dalla Regione Lazio con il decreto n. 90/2010 hanno indotto l'operatore ad optare per la scelta concretamente ed immediatamente percorribile. Si ritiene pertanto che la responsabilità ricada principalmente nel mancato rispetto dei requisiti organizzativi da parte degli enti preposti all'attività di direzione e gestione. [...] L'incidenza negativa sul verificarsi del pregiudizio subito dal neonato è dipesa principalmente da carenze nei requisiti organizzativi previsti nell'ambito dei requisiti minimi autorizzativi necessari per l'esercizio delle attività sanitarie: le inefficienze organizzative, infatti, incidono in modo determinante sulle responsabilità dei singoli operatori sanitari chiamati ad operare sul campo, che hanno comunque agito in condizioni di disagio in cui le carenze organiche non hanno verosimilmente consentito una decisione terapeutica differente ed un intervento migliore di quello posto in essere”*.

3. Da ultimo, ai sanitari chiamati in giudizio ed assolti in virtù delle inefficienze della struttura nella quale operavano che ha del tutto offuscato qualunque ipotesi di riconducibilità a loro carico del risarcimento del danno erariale per colpa grave, è stato riconosciuto anche il diritto ad essere liquidati nelle somme spese per diritti ed onorari, in una parola delle spese legali sostenute per la difesa in giudizio.

È, infatti, principio generale sancito dall'art. 31, co. 1 e 2, del Codice di Giustizia Contabile ai sensi dei quali *“1. Il giudice, con la sentenza che chiude il processo davanti a lui, condanna la parte soccombente al rimborso delle spese a favore dell'altra parte e ne liquida l'ammontare insieme con gli onorari di difesa. 2. Con la sentenza che esclude definitivamente la responsabilità amministrativa per accertata insussistenza del danno, ovvero, della violazione di obblighi di servizio, del nesso di causalità, del dolo o della colpa grave, il giudice non può disporre la compensazione delle spese del giudizio e liquida, a carico dell'amministrazione di appartenenza, l'ammontare degli onorari e dei diritti spettanti alla difesa”*.

Il proscioglimento ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, della legge n. 20 del 1994 necessita, però, dell'esclusione a carico del sanitario dell'elemento del dolo o della colpa grave in relazione ai fatti oggetto del giudizio.

Quindi, in caso di proscioglimento definitivo – che accerti, come nel caso in esame, la mancanza di dolo o colpa grave – il giudice contabile, esclusa ogni compensazione delle spese di giudizio, liquida l'ammontare degli onorari e dei diritti spettanti alla difesa del sanitario prosciolti che vanno addebitate alla parte soccombente che non può considerarsi assolutamente il Requirente, atteso che la sua funzione di intervento, non già in rappresentanza dell'Amministrazione, bensì nell'adempimento di un suo dovere impostogli dalla legge.

Il giudice contabile, allora, procede alla liquidazione delle spese legali, ma sempre fermo restando il parere di congruità che l'Avvocatura dello Stato deve esprimere sulla richiesta di rimborso avanzata all'amministrazione di appartenenza.

Le spese legali sostenute dalla parte convenuta e poi prosciolta, per l'attività difensiva svolta dai difensori nei giudizi di responsabilità avanti la Corte dei conti, non sono liquidabili dal giudice sulla base della nota spese, ma dipendono da un giudizio di congruità ed adeguatezza ai fini della loro concreta determinazione.

Ha sostenuto la giurisprudenza che nel conseguente rapporto tra amministrazione e prosciolti ai fini del rimborso, ferma restando la liquidazione giudiziale, il parere dell'Avvocatura erariale si concreta in un

semplice controllo di rispondenza della richiesta di rimborso alla liquidazione del Giudice, e di congruità di eventuali spese legali aggiuntive connesse all'attuazione della pronuncia.

Anche per la Cassazione la sentenza di proscioglimento nel merito costituisce il presupposto di un credito attribuito dalla legge e che il giudice contabile è chiamato a quantificare, salva la definitiva determinazione del suo ammontare da compiersi, su parere dell'Avvocatura dello Stato, con provvedimento dell'amministrazione di appartenenza.

Conclusivamente, quindi, compete al solo giudice contabile disporre in tema di liquidazione delle spese in favore del dipendente assolto nel merito innanzi alla Corte dei conti.

Pertanto, l'amministrazione sanitaria deve liquidare solo il *quantum* determinato dal giudice contabile senza in alcun modo dare seguito a rimborsi ulteriori, risultanti dalle parcelle dell'avvocato dei dipendenti assolti.

Vale a dire che tutto ciò che risulta essere stato erogato ai dipendenti assolti oltre all'importo liquidato in sentenza, in quanto esborso non giustificato, costituirà una posta di danno erariale di cui chi l'ha erogata ne risponderà quale somma illegittimamente erogata con grave colpa.

Con ciò a dire che, se di fronte alla presentazione all'amministrazione di una parcella difforme rispetto a quanto stabilito in sentenza, il dipendente non può ottenere l'integrale rimborso della stessa, restando a suo carico la parte di spese che, eventualmente, il suo difensore abbia a pretendere.

Ne deriva, altresì, che l'amministrazione di appartenenza dell'assolto dovrà eseguire la sentenza e liquidare tali spese così come sono state liquidate dalla Corte, senza poter entrare nel merito e senza rimborsare anche eventuali altre spese fatturate dal legale di parte.

Fernanda Fraioli

Consigliere della Corte dei conti

Medici, "attività usurante" finalmente possibile. Gli scenari tra previdenza e punteggi pro carriera

di Claudio Testuzza



Il ministro della Salute è intervenuto recentemente a favore dei medici riconoscendo a essi una particolare condizione di sofferenza specialmente in sede ospedaliera e per le attività di maggior impegno. Pensando a chi lavora nei reparti in prima linea, come l'emergenza e l'urgenza, ha indicato dei possibili vantaggi economici e previdenziali. Per i primi la proposta ricadrebbe nella defiscalizzazione dell'indennità di specificità medica. Per il secondo obiettivo, di natura previdenziale, l'ipotesi in studio potrebbe essere quella di dare maggior peso ai contributi pensionistici per ogni anno lavorato in questi reparti ed eventualmente favorire la loro attività riconosciuta particolarmente faticosa.

Originariamente la legge che, per prima, ha introdotto i benefici pensionistici a favore dei lavoratori impegnati nelle attività usuranti, aveva anche previsto alcune prestazioni del settore sanitario, in particolare per le attività di pronto soccorso, di chirurgia d'urgenza e di rianimazione, risale a ben ventisette anni addietro il Dlgs n.374/93 che aveva recepito quanto proposto dalla legge di riforma previdenziale, la cosiddetta "Amato", ma che nel tempo aveva avuto tutta una serie di altre disposizioni ed interventi legislativi, che ne hanno modificato e poi annullato la prospettiva proprio per i medici. Se da un canto sono state confermate alcune attività quali i lavori in galleria, nelle cave, e alla guida di veicoli pesanti, e in particolare infermieri ed ostetriche, la più importante novità è stata data dal riferimento, quale termine dell'usura, al lavoro notturno. È stato ritenuto, infatti, usurante il lavoro notturno prestato per almeno sei ore, comprensive nell'arco di tempo fra la mezzanotte e le cinque del mattino, ovvero così come è usurante l'attività di quanti, tutte le notti lavorative, sono impegnati per almeno tre ore fra la mezzanotte e le cinque.

Tale condizione viene applicata integralmente, con almeno 35 anni di contribuzione e al raggiungimento della quota 97,6 a chi abbia lavorato di notte per un numero di giorni lavorativi superiori o pari a 78 all'anno. Il beneficio si riduce per coloro che abbiano un numero di notti compreso fra 72 e 77 (quota 98,6). E ancora di più diminuisce se le notti sono fra 64 e 71 : quota 99,6. Inoltre chi ha svolto lavoro notturno organizzato in turni di dodici ore consegue una maggiorazione del 50% ai fini del raggiungimento del numero di notti annue necessarie per il pensionamento con le quote .

Il riconoscimento di questa attività usurante comporta la possibilità di anticipare, di molti anni, il limite oggi previsto per il pensionamento di vecchiaia (67) e anche quello di anzianità, con 42 anni e 10 mesi di contributi. Tuttavia non incide sull'importo del trattamento che essendo collegato ai contributi versati in tutta la vita lavorativa con la riduzione dei tempi di contribuzione non avrebbe un significativo incremento. A questo sembrerebbe mostrare interesse lo stesso ministro che nel suo programma ha indicato di voler dare maggior peso ai contributi previdenziali per ogni anno lavorato in questi reparti.

Qui intervengono alcune facilitazioni previste dalle attuali normative. In prima linea ricordiamo i "contributi figurativi". Si tratta di una quota di contribuzione che è riconosciuta automaticamente o su domanda e in caso di particolari eventi, che non comporta costi per il lavoratore e per il datore di lavoro. Le regole della contribuzione figurativa sono spesso diverse nel lavoro pubblico, privato o nel lavoro autonomo, ma in generale, questo tipo di contributi è utile ad ogni lavoratore per maturare il diritto alla pensione e per accumulare un importo più alto dell'assegno. Ricordiamo, a questo riguardo, i periodi di svolgimento del servizio militare obbligatorio o di richiamo alle armi nelle Forze Armate che sono coperti da contributi figurativi. E ancora coloro usufruiscono di un'aspettativa non retribuita in caso di elezioni o nomine sindacali sono coperti da contribuzione figurativa. Esistono poi, per particolari categorie e situazioni sociali, varie possibili integrazioni e maggiorazioni con diverse percentuali di incremento. Le più evidenti sono quelle previste per il personale di volo, della marina, degli affari esteri, per i servizi in scuole all'estero, e tanti altri impegni lavorativi disagiati o pericolosi. Resta, ancora nelle proposte del ministro, la possibilità, per chi lavora nei reparti in prima linea di ottenere più punteggio anche ai fini della carriera. Che poi è anche un modo per incentivare i giovani a iscriversi a quelle specialità mediche meno attrattive da un punto di vista economico perché hanno poco mercato privato.

Lunedì 27 MARZO 2023

Fibromialgia, Aids, commissione Covid e punti nascita nella settimana parlamentare

In Aula spazio ai decreti su Ucraina e cessione dei crediti, mentre nelle commissioni competenti spazio di Agenzia europea del Farmaco, forme integrative di previdenza e ristoro dei medici colpiti da Covid.

La settimana in Parlamento che va dal 27 marzo al primo aprile è sostanzialmente avara di temi sanitari, almeno nelle aule parlamentari. Spazio invece al lavoro delle commissioni dove invece sono molti i temi sanitari che i parlamentari dovranno affrontare.

A Montecitorio spazio a due decreti legge: il primo sulla protezione delle persone provenienti dall'Ucraina e il secondo sulla cessione dei crediti. A Palazzo Madama lavori fermi in Aula, mentre la commissione Bilancio è impegnata con l'esame del ddl di conversione per l'attuazione del PNRR e delle politiche di coesione avviato nella seduta del 2 marzo con la relazione del senatore **Matteo Gelmetti (Fdi)** e della senatrice **Elena Testor (Lega)**.

Commissione Affari sociali

Nella commissione presieduta dal forzista **Ugo Cappellacci** si parte con l'audizione della Fondazione Telethon, nell'ambito dell'esame della Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sulle tariffe e sugli oneri spettanti all'Agenzia europea per i medicinali.

Continua, intanto, la discussione per l'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 così come quella per l'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di lavoro in Italia, sullo sfruttamento e sulla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro pubblici e privati.

Dovrebbero essere votate le diverse risoluzioni per aggiornare gli standard per la distribuzione dei punti nascita mentre inizierà la discussione sulla risoluzione presentata dal pentastellato **Andrea Quartini** in materia di politiche del farmaco.

Entrano nel vivo anche le discussioni sulle proposte di legge per la prevenzione e la lotta contro il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), il papilloma virus umano (HPV) e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale (tra i proponenti **Mauro D'Attis** di Forza Italia) e la modifica all'articolo 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e altre disposizioni in materia di assistenza sanitaria per le persone senza dimora.

Commissione Lavoro e Sanità

Nella commissione presieduta da **Francesco Zaffini (Fdi)** continua l'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute con l'audizione di rappresentanti di Confcommercio, Confartigianato, CNA, CONFPROFESSIONI, ASSINDATCOLF e CIDA.

Prosegue anche la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR, con le audizioni di rappresentanti di ANCE, OICE, SIAIS, Consiglio nazionale ingegneri e Consiglio nazionale architetti.

Raoul Russo di Fratelli d'Italia è il relatore di diverse proposte di legge, alcune in materia di diagnosi e assistenza e cura della sindrome fibromialgica, altre per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante.

Prosegue anche l'esame del disegno di legge per il ristoro medici lesi da SARS-CoV-2, relatore **Giovanni Satta** di Fratelli d'Italia.

Lunedì 27 MARZO 2023

Nessuna cessione di sovranità. E sulla proprietà intellettuale delle tecnologie salvavita: "Una minaccia del diritto alla salute". Ecco cosa dice la bozza Oms sulle possibili nuove pandemie

"Gli Stati hanno il diritto sovrano di determinare e gestire il loro approccio alla salute pubblica, in particolare la prevenzione delle pandemie, la preparazione, la risposta e il recupero dei sistemi sanitari in base alle proprie politiche e alla propria legislazione, a condizione che non causino danni ad altri Stati e ai loro popoli". Questo quanto prevede l'ultima bozza del testo ancora in lavorazione in tema di sovranità. E sulla proprietà intellettuale di tecnologie mediche salvavita: "L'effetto sui prezzi limita le opzioni di accesso e impedisce produzione e forniture locali indipendenti". [LA BOZZA](#)

Il nuovo trattato pandemico dell'Oms comporterebbe cessioni di sovranità da parte dei Paesi aderenti, profilando un governo sanitario mondiale. Questo l'allarme rilanciato ormai da diversi mesi da quei canali informativi che si sono contraddistinti negli ultimi mesi per aver riportato diverse fake news su Covid e vaccini. Una propaganda talmente martellante da aver costretto la settimana scorsa lo stesso direttore generale Oms, **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, ad [intervenire](#) contro la dilagante "disinformazione sui social media e nei media mainstream".

A questo punto la prima domanda da porsi è: "Di cosa stiamo parlando"? Dalla seconda metà del 2022 gli Stati membri dell'Oms hanno avviato negoziati su un progetto di accordo globale sulla prevenzione, la preparazione e la risposta per proteggere i Paesi da possibili future emergenze pandemiche. Quindi c'è innanzitutto da dire che nessuna decisione è stata presa. L'organo intergovernativo di negoziazione (INB), che sta elaborando e negoziando l'auspicato accordo dell'Oms, dovrebbe riunirsi di nuovo all'inizio del mese prossimo, al fine di produrre una prima 'bozza zero'.

Appurato l'iter del provvedimento, proviamo ora a vedere il contenuto dell'ultimo testo base disponibile. Questo risale allo scorso febbraio e possiamo fin da subito anticiparvi un punto chiave: no, non viene prevista nessuna cessione di sovranità all'Oms. Appurato questo, passiamo ora all'esame del contenuto del testo.

In tema di sovranità qui viene in prima istanza riaffermato proprio il "principio della sovranità degli Stati nell'affrontare le questioni di salute pubblica, in particolare la prevenzione, la preparazione, la risposta e il ripristino dei sistemi sanitari in caso di pandemia".

La parte contestata riguarda il semplice riconoscimento di un "ruolo centrale dell'Oms, in quanto autorità di direzione e coordinamento del lavoro sanitario internazionale, nella prevenzione delle pandemie, nella preparazione, nella risposta e nel recupero dei sistemi sanitari, nella convocazione e nella generazione di prove scientifiche e, più in generale, nella promozione della cooperazione multilaterale nella governance della salute globale". Un po' poco per parlare di una cessione di sovranità.

Se ciò non bastasse, basta scorrere in avanti il documento fino ad arrivare al capitolo dedicato ai "Principi e diritti". **Il punto 3 è dedicato proprio alla sovranità dei singoli Stati e si spiega:** "Gli Stati, in conformità con la Carta delle Nazioni Unite e con i principi del diritto internazionale, hanno il diritto sovrano di

determinare e gestire il loro approccio alla salute pubblica, in particolare la prevenzione delle pandemie, la preparazione, la risposta e il recupero dei sistemi sanitari in base alle proprie politiche e alla propria legislazione, a condizione che le attività che rientrano nella loro giurisdizione o nel loro controllo non causino danni ad altri Stati e ai loro popoli. La sovranità comprende anche i diritti degli Stati sulle loro risorse biologiche". A questo punto il paventato 'governo mondiale della sanità' che svuoterebbe i singoli Stati di ogni competenza della materia potremmo ufficialmente bollarlo come l'ennesima **fake news** fatta circolare al fine di screditare gli organismi internazionali.

L'**obiettivo** del documento, si spiega, è quello di "prevenire le pandemie, salvare vite umane, ridurre il carico delle malattie, rafforzare in modo proattivo le capacità mondiali di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie e il risanamento dei sistemi sanitari da esse. Si punta quindi a ridurre "in modo sostanziale il rischio di pandemie, aumentando le capacità di preparazione e risposta ad esse, realizzando progressivamente una copertura sanitaria universale e assicurando una risposta alle pandemie coordinata, collaborativa e basata su prove di efficacia e un recupero resiliente dei sistemi sanitari a livello comunitario, nazionale, regionale e globale".

L'esperienza Covid ci ha insegnato il valore della trasparenza e condivisione dei dati. Una lezione che viene qui ripresa quando, in tema di **trasparenza**, si ricorda come l'efficacia della prevenzione, della preparazione e della risposta alle pandemie dipende "dalla condivisione, dall'accesso e dalla divulgazione trasparente, aperta e tempestiva di informazioni, dati e altri elementi rilevanti che possono venire alla luce (compresi i campioni biologici, i dati delle sequenze genomiche e i risultati delle sperimentazioni cliniche), per la valutazione del rischio e le misure di controllo, nonché per lo sviluppo di prodotti e servizi legati alle pandemie, in particolare attraverso un approccio che coinvolga l'intero governo e l'intera società, basato e guidato dalle migliori evidenze scientifiche disponibili, nel rispetto delle norme, dei regolamenti e delle leggi nazionali, regionali e internazionali sulla privacy e sulla protezione dei dati".

Altro nodo affrontato negli ultimi anni è quello riguardante i diritti di proprietà intellettuale con la scoperta dei primi vaccini contro il Covid. Nel testo l'Oms da una parte riconosce che "la protezione dei **diritti di proprietà intellettuale** è importante per lo sviluppo di nuovi farmaci", mentre dall'altra si riconoscono anche "le preoccupazioni per l'effetto negativo sui prezzi e sulla produzione, l'accesso tempestivo ed equo e la distribuzione di vaccini, trattamenti, diagnostici e tecnologie sanitarie e know-how".

Vengono inoltre sottolineate le "preoccupazioni per il fatto che **la proprietà intellettuale sulle tecnologie mediche salvavita continua a rappresentare una minaccia e un ostacolo alla piena realizzazione del diritto alla salute e al progresso scientifico per tutti**, in particolare l'effetto sui prezzi, che limita le opzioni di accesso e impedisce la produzione e le forniture locali indipendenti, e notando i difetti strutturali degli accordi istituzionali e operativi nella risposta globale alla pandemia Covid, e la necessità di stabilire un futuro meccanismo di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie che non sia basato su un modello di carità".

Riaffermando "le flessibilità e le salvaguardie contenute nell'Accordo Trips e la loro importanza per eliminare gli ostacoli alla produzione e all'accesso ai prodotti legati alle pandemie, nonché alle catene di approvvigionamento sostenibili per la loro equa distribuzione", si riconosce al contempo la necessità di "meccanismi sostenibili per sostenere il trasferimento di tecnologia e know-how a supporto degli stessi".

Riconoscendo poi le carenze della preparazione e della risposta alla pandemia Covid, si concorda sulla **necessità di una catena di approvvigionamento e di una rete logistica globale** adeguata, equa, trasparente, agile, efficace e diversificata per la prevenzione, la preparazione, la risposta e il recupero a seguito di pandemie. A tal fine si propone di istituire una **Rete globale dell'Oms** per la catena di approvvigionamento e la logistica in caso di pandemia.

L'accesso iniquo ai prodotti legati alle pandemie (compresi, ma non solo, vaccini, terapie e strumenti diagnostici) dovrebbe essere affrontato aumentando la capacità di produzione e distribuendo in modo più equo. Si prevede quindi **l'accesso da parte dell'Oms del 20% della produzione di prodotti** legati al contrasto della pandemia, tra cui strumenti diagnostici, vaccini, dispositivi di protezione individuale e terapeutici, "per consentire un'equa distribuzione, in particolare ai Paesi in via di sviluppo, in base al rischio e alla necessità di salute pubblica e ai piani nazionali che identificano le popolazioni prioritarie".

Viene inoltre richiesto un **rafforzamento normativo** per far sì che, in caso di pandemia, venga accelerato il processo di approvazione e autorizzazione dei prodotti per uso di emergenza in modo tempestivo.

E ancora, **sempre in tema di trasparenza**, si richiede di rendere note "le informazioni sui finanziamenti pubblici per la ricerca e lo sviluppo di potenziali prodotti connessi alla pandemia e le disposizioni per migliorare la disponibilità e l'accessibilità dei lavori risultanti, comprese le pubblicazioni liberamente disponibili e accessibili al pubblico e la rendicontazione pubblica dei relativi brevetti; rendere obbligatorio per i produttori che ricevono finanziamenti pubblici per la produzione di prodotti connessi alla pandemia la divulgazione dei prezzi e delle condizioni contrattuali per gli appalti pubblici in tempi di pandemia, tenendo conto dell'entità dei finanziamenti pubblici ricevuti; incoraggiare i produttori che ricevono altri fondi, esterni al produttore, per la produzione di prodotti connessi alla pandemia a rendere noti i prezzi e le condizioni contrattuali per gli appalti pubblici in tempi di pandemia".

Quanto al **personale sanitario e assistenziale**, si spiega che questo deve essere "formato, competente e preparato, a tutti i livelli, a sostenere le capacità di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie, mantenendo i servizi sanitari essenziali". Per far questo, pur nel rispetto della legislazione nazionale, si richiede di:

- a)** rafforzare la formazione, l'impiego, la retribuzione, la distribuzione e il mantenimento in servizio del personale sanitario e di assistenza, compresi gli operatori sanitari di comunità e i volontari;
- b)** affrontare le disparità e le disuguaglianze di genere all'interno del personale sanitario e assistenziale, per garantire una rappresentanza, un impegno, una partecipazione e un'emancipazione significativi di tutti gli operatori sanitari e assistenziali, affrontando al contempo la discriminazione, lo stigma e la disuguaglianza ed eliminando i pregiudizi, tra cui la disparità di retribuzione, e rilevando che le donne spesso incontrano ancora ostacoli significativi nell'assumere ruoli di leadership e decisionali.

Si propone infine l'istituzione di un **organo direttivo** al fine di promuovere l'effettiva attuazione del nuovo piano di preparazione pandemico. Questo rappresenterà un primo ramo governativo, la Conferenza delle parti, formata da rappresentanti degli Stati e degli altri aderenti, e sarà "l'unico organo decisionale"; si prevede poi un secondo ramo amministrativo.

Giovanni Rodriquez

Valorizzazione del personale sanitario: senza risorse specifiche la strada appare in salita

di *Stefano Simonetti*



Su questo sito è stato ampiamente illustrato quanto detto lo scorso 21 marzo dal ministro della Salute nel corso del Question time alla Camera. Sono state annunciate nuove proposte normative, che il ministro intende adottare prima dell'inizio dell'estate. Provo a sintetizzare gli aspetti maggiormente significativi che sono già stati accolti favorevolmente dai sindacati medici:

- possibilità di un incremento delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive, di cui all'articolo 115, comma 2 del CCNL del 19.12.2019
- misure di premialità di carriera
- misure di defiscalizzazione del lavoro aggiuntivo e della indennità di specificità della dirigenza medica sanitaria
- valorizzazione ai fini previdenziali
- disincentivazione dell'assunzione dei medici a gettone.

Tutte le misure segnalate sono senz'altro importanti ed efficaci, anche se talune appaiono già di difficile realizzazione. Nel merito, tuttavia, vorrei ricordare che la prima e la seconda delle misure ipotizzate rientrano nella competenza sovrana della contrattazione collettiva e non può non tornare di attualità il tema generale del contratto collettivo scaduto da 15 mesi e del quale, dopo l'apertura della sessione negoziale avvenuta lo scorso 2 febbraio, non si hanno più notizie.

E' plausibile che la vera trattativa potrà cominciare soltanto una volta rese disponibili risorse extracontrattuali come quelle promesse dal ministro: è ovvio, infatti, che con un rinnovo pari al 3,78% del monte salari non si va da nessuna parte. Le altre tre misure sono di competenza esclusiva della legge e si possono immaginare i paletti che porranno sui primi due punti il MEF e l'INPS; ma anche sull'ultimo punto ho ragione di credere che esiste qualche controinteressato che non renderà semplice e spedito l'intervento legislativo.

Il ministro si è soffermato anche sull'altra grande tematica attualissima, quella delle violenze nei confronti dei sanitari. Più volte ho segnalato che le linee di intervento di natura preventiva purtroppo non bastano. Il ricorso alle attività di comunicazione rivolte alla popolazione, affinché sul tema della prevenzione della violenza sugli operatori sanitari si diffonda una nuova sensibilità e si riconoscano la giusta conoscenza e la giusta considerazione del Ssn sono tanto giuste quanto volatili e sono personalmente convinto che per un soggetto che arriva alla follia di aggredire fisicamente chi tutela la salute pubblica una campagna informativa e le "buone maniere" non sono sufficienti e non servirebbe nemmeno un percorso di rieducazione di stampo staliniano. Sulle postazioni di polizia all'interno degli ospedali va riconosciuto un sicuro effetto di deterrenza e un valore simbolico ma il reale e tempestivo intervento del poliziotto per scongiurare un caso di aggressione in atto è del tutto illusorio. Sul piano degli interventi preventivi resta l'operato dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONESPS) che ha trasmesso al Parlamento la sua prima relazione annuale, pubblicata sul sito del ministero della Salute. Il documento consta di 179 pagine molto interessanti con statistiche e tabelle. Sconcertante, peraltro, è il rilievo contenuto a pag. 165 della stessa Relazione riguardo alla raccolta dei dati che "avviene con modalità differenziate e, pertanto, i relativi risultati non sono confrontabili". Sorvolo, infine, sulla istituzione della "Giornata nazionale di educazione e prevenzione".

Ribadisco, allora, che potrebbe portare a maggiori risultati il rafforzamento della fase repressiva, sulla quale ho scritto più volte (su questo Sito, 25 febbraio e 14 novembre 2022; 17 e 24 gennaio 2023). Nelle dichiarazioni del ministro una affermazione merita un approfondimento. Infatti ha sottolineato come "l'attuale meccanismo di perseguibilità a querela di parte delle aggressioni commesse ai danni del predetto personale, prevedendo la generale procedibilità d'ufficio del reato a prescindere dalla gravità della lesione". Ricordo, a tale proposito, che l'art. 6, comma 1, della legge 113/2020 prevede la deroga alla querela di parte quando "ricorra la circostanza aggravante prevista dall'articolo 61, numero 11-octies)". Quest'ultima fattispecie è stata introdotta proprio dalla medesima legge con il precedente art. 5 e consiste nel "l'aver agito, nei delitti commessi con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività." Da una lettura attenta si ricava, quindi, che tutte le aggressioni sui sanitari integrano la fattispecie dell'aggravante con la conseguenza che la procedibilità è già oggi sempre d'ufficio.

Infine, a costo di essere noioso, ricordo ancora una volta quali altri potrebbero essere le misure da adottare, sperando di poter fornire utili spunti per la normativa che il ministro intende adottare:

- obbligatorietà della segnalazione alla Procura da parte dell'Azienda sanitaria;
- la obbligatorietà della costituzione di parte civile dell'Azienda;

- la previsione del danno all'immagine per l'Azienda e del danno esistenziale per il sanitario;
- introduzione della pena accessoria del volontariato in ospedale;
- per i casi più gravi o reiterati benefici simili a quelli stabiliti per le donne vittime di violenza;
- specifiche polizze integrative dell'assicurazione obbligatoria nell'ambito del welfare aziendale;
- rivalsa della retribuzione erogata ai dipendenti assenti dal servizio a causa delle aggressioni;
- finalizzazione dell'importo delle multe alla sicurezza del personale sanitario, come già previsto nel CCNL dell'Area della Sanità.

TUMORI CAVO ORALE, RIZZO: "SOPRAVVIVENZA DEL 90% CON DIAGNOSI PRECOCE"

Lunedì 27 Marzo - 2023 | Di Giorgia Görner Enrile | Categorie: Articoli, News Ed Eventi



Presentata a Roma l'iniziativa "**Oral Care Total Care**" che incentiva gli screening precoci delle lesioni orali, a Palazzo Valentini.

Ogni anno sono 4.500 le diagnosi di tumore del cavo orale. L'età media dei pazienti con questa patologia è 64 anni e si contano circa 3.000 decessi annui. Si sviluppa con maggior frequenza su lingua, mucose geniene, palato, labbra e gengive, ma può colpire anche ghiandole salivari e faringe.

Proprio per questo è fondamentale uno screening precoce ed è questo l'obiettivo del progetto "Oral Care Total Care".

Ad illustrare l'iniziativa è stato il messinese **David Rizzo**, vicepresidente nazionale dell'Associazione Italiana Odontoiatri (AIO). Una relazione dettagliata e particolarmente apprezzata dal ministro della Salute **Orazio Schillaci** che ha sottolineato nelle dichiarazioni alla stampa l'importanza di attuare un piano di "odontoiatria sociale".



L'iniziativa

"Questo tipo di carcinoma – ha spiegato Rizzo – colpisce gli uomini in percentuale tripla rispetto alle donne, con rispettivamente 9 e 3 casi ogni 100 mila abitanti. E' accertato in genere in fase avanzata, quando la terapia chirurgica richiede interventi mutilanti".

La diagnosi precoce dunque si rivela indispensabile e si traduce con un tasso di sopravvivenza del 90%. *"Nella prevenzione giocano un ruolo importante l'astensione dal fumo e dall'alcol – ha proseguito Rizzo –. Una diagnosi tardiva comporta un più alto tasso di mortalità e interventi invasivi con conseguenze estetiche e funzionali negative".*

In gran parte le lesioni del cavo orale sono benigne e guariscono in circa due settimane. Oggi esistono strumenti e tecnologie per evidenziare lesioni persistenti e sospette, cancerose e pre-cancerose.

Il protocollo proposto da AIO utilizza l'autofluorescenza con molecole dei tessuti molli, fluorofori, in grado di assorbire la luce ad una determinata lunghezza d'onda ed emetterla ad una lunghezza d'onda maggiore, o minore autofluorescenza in caso di lesione sospetta.

Dallo scorso novembre un gruppo di dentisti soci AIO, sta conducendo uno screening diagnostico sui pazienti con l'utilizzo di speciali occhiali dotati di particolari filtri ottici che valutano l'autofluorescenza sulle lesioni, seguendo un protocollo ben standardizzato.



Il paziente con lesione persistente è indirizzato ad un controllo specialistico di secondo livello ed al prelievo bioptico in prospettiva del trattamento. A maggio saranno presentati i primi dati clinico-diagnostici, e ad ottobre 2023 al Congresso Nazionale AIO i primi dati statistici sulla fase test e verranno definiti gli obiettivi per uno screening su più larga scala.

Related Posts:

Arriva l'ora legale, attenzione a colpi di sonno e squilibri ormonali

I consigli dell'endocrinologo e del nutrizionista per affrontare il cambio di orario nel migliore dei modi

di Chiara Stella Scarano



Un cambiamento che ormai è entrato nella routine: due volte all'anno spostiamo le lancette dell'orologio un'ora indietro e un'ora avanti senza, apparentemente, troppi scossoni. In realtà il nostro organismo può risentire di questa modifica che riguarda non solo le lancette dell'orologio, ma il nostro **orologio biologico interno**, con alcuni effetti collaterali quali sonnolenza e scarsa concentrazione, specialmente durante il passaggio **dall'ora solare all'ora legale** (che quest'anno avverrà la notte tra il 25 e il 26 marzo). Più ore di luce da godersi, certo, ma qualche strategia di assestamento è comunque consigliabile per evitare fastidiose ripercussioni.

Più incidenti stradali nel passaggio all'ora legale

«È documentato che il passaggio all'ora legale si accompagna a un certo disorientamento in quasi il **20% della popolazione** a causa dell'alterazione del **ritmo del sonno** - spiega ai microfoni di Sanità Informazione la professoressa **Annamaria Colao**, direttore dell'Unità Complessa di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo presso **l'AOU Federico II di Napoli** e presidente della **Società Italiana di Endocrinologia (SIE)** -. Questa alterazione, come riportato in letteratura, si accompagna anche a un aumento degli **incidenti stradali**. Questo vuol dire che anche la variazione di una sola ora comporta uno **stress** per molte persone, in particolare **giovani e anziani**, quindi con un organismo in formazione o già stanco. Gli ormoni – prosegue Colao – sono regolati dal ritmo sonno-veglia, dall'avvicinarsi di luce e buio. Quando questo ritmo si altera, dobbiamo concedere al nostro organismo una **fase di adattamento** al nuovo orario. Alcuni ormoni risentono maggiormente di questi cambiamenti, come gli ormoni che regolano la risposta allo **stress (ACTH e cortisolo)** ma anche altri come **l'insulina e la leptina**, che regolano il **metabolismo**. Possiamo dire che tutto il nostro sistema neuroendocrino è regolato dal ritmo circadiano».

Molte patologie autoimmuni emergono in primavera

«Nei pazienti con una **patologia neuroendocrina** conclamata che sono già in terapia – spiega ancora la professoressa Colao – i farmaci assunti mitigano gli effetti del cambio del ritmo, viceversa nei pazienti con una patologia neuroendocrina subclinica, quindi non conclamata, questa potrebbe essere “slatentizzata” perché nel cambio di orario i **sintomi diventano più importanti**. Alcune **patologie autoimmuni** vengono diagnosticate più frequentemente **durante l'autunno e la primavera**, le stagioni in cui insiste il passaggio dall'ora legale all'ora solare e viceversa. Per fronteggiare al meglio questo passaggio – sottolinea – è consigliabile consumare una **cena molto leggera** la sera e conciliare il **sonno** per quanto possibile, in modo da recuperare il ritmo il più velocemente possibile. Come? Limitando al minimo l'uso di **apparecchi elettronici** e ritornando a un buon libro da leggere prima di coricarsi, che favorisce il relax».

La dieta per affrontare il cambio di orario

«Gli alimenti che aiutano a riprendere il ritmo circadiano e compensare il cambiamento dell'ora – interviene il nutrizionista Paolo Bianchini – sono quelli che mantengono un buon controllo glicemico e ormonale. Un piatto unico composto da **proteine e verdure** che costituiscono un binomio ottimale per regolarizzare la risposta ormonale che serve a intervenire sul nostro orologio biologico interno. Ad esempio **pesce azzurro** (come alici, orata, branzino, sgombro o salmone ricco di acidi grassi omega-3) che favoriscono la sintesi di **vitamina D** che è in grado di regolare i livelli di **melatonina**. Il pesce, cotto al forno o a vapore, deve essere sempre accompagnato da una leggera **verdura** cotta al vapore come ad esempio finocchio o zucchina. Vanno **evitati** sicuramente – prosegue Bianchini – cibi amidacei come i cereali (anche integrali), la frutta fresca, **cioccolato e i latticini**. Questi sono tutti alimenti sfavorevoli al **pasto serale** perché aumentano i livelli di **glicemia** nel sangue innescando di conseguenza la **produzione di insulina**. Questo ormone può provocare attacchi di sonnolenza quasi improvvisa o addirittura insonnia creando ripetuti risvegli notturni».



Lo studio internazionale, i cui dati sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista “Blood”, è stato condotto da ricercatori dell’Istituto Veneto di Medicina Molecolare (VIMM) e dell’Università di Padova in collaborazione con otto centri di riferimento per la diagnosi e il trattamento della malattia



Padova,

24 marzo 2023 - Alcuni ricercatori dell’Istituto Veneto di Medicina Molecolare (VIMM), coordinati da Gianpietro Semenzato (Professore Emerito dell’Università di Padova) e Renato Zambello (Professore Associato di Ematologia presso il Dipartimento di Medicina dell’Università di Padova), hanno recentemente pubblicato i risultati di uno studio finalizzato a caratterizzare i pazienti affetti dalla Leucemia a Grandi Linfociti Granulati di tipo Gamma-Delta (*Tgd Large Granular Lymphocyte leukemia, Tgd LGLL*).

Una rara forma di leucemia cronica dell’adulto, la Tgd LGLL è una variante della Leucemia a Grandi Linfociti Granulati di tipo T (T-LGLL) che finora era stata descritta e analizzata in piccole casistiche regionali. Primo autore dell’articolo pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica [Blood](#) è Gregorio Barilà, ricercatore del VIMM.

Lo studio è partito dall'osservazione e dall'analisi della più ampia casistica analizzata finora a livello internazionale, composta da 137 pazienti colpiti da questa malattia. Questo ha permesso di delineare alcune caratteristiche biologiche-molecolari delle cellule leucemiche, insieme alle manifestazioni cliniche associate alla malattia e a marcatori predittivi di malattia sintomatica. Inoltre, per la prima volta sono state confrontate le caratteristiche dei pazienti con quelle della forma più comune di tipo Alfa-Beta (Tab LGLL).



Il gruppo di ricerca; in alto a destra Gregorio Barilà

“Le principali evidenze che abbiamo raccolto dimostrano che la Tgd LGLL presenta un decorso clinico della malattia più aggressivo, caratterizzato da ridotta sopravvivenza - ha sottolineato Barilà - I risultati ottenuti dovrebbero quindi permettere di identificare precocemente i pazienti con malattia a prognosi più sfavorevole, che dovranno essere monitorati con maggiore frequenza”.

Lo studio coordinato dal gruppo di Padova è il frutto di una collaborazione internazionale che ha coinvolto otto centri di riferimento per la diagnosi e il trattamento di questa malattia in cinque nazioni (Italia, Francia, Spagna, Stati Uniti, Giappone). La ricerca è stata resa possibile grazie al sostegno di Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro.



Prof. Andrea Cafarelli: “I risultati dello studio possono aprire la strada per il trattamento sicuro ed efficace di patologie in cui l’infiammazione cronica ha un ruolo importante”. Lo studio, pubblicato su APL Bioengineering, nasce dalla collaborazione tra l’Istituto di BioRobotica della Scuola Sant’Anna e le aziende BAC Technology e Image Guided Therapy



Pisa, 27 marzo 2023 - Una nuova terapia basata sulla stimolazione ultrasonica è in grado di ottenere effetti antinfiammatori sui macrofagi umani e contrastare così con più efficacia patologie in cui l’infiammazione cronica ha un ruolo rilevante.

È questo il principale risultato di uno studio pubblicato sulla rivista *APL Bioengineering* e condotto dall’Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant’Anna assieme a due aziende che producono dispositivi medicali, l’italiana BAC Technology e la francese Image Guided Therapy. La ricerca è stata realizzata nell’ambito del progetto europeo ADMAIORA (ADvanced nanocomposite MAterIals fOr in situ treatment and ultRASound-mediated management of osteoarthritis), incentrato sulla cura dell’osteoartrosi, coordinato dal prof. Leonardo Ricotti.

“I risultati ottenuti grazie a questo studio possono aprire la strada per il trattamento di patologie in cui

l'infiammazione cronica ha un ruolo importante, quali osteoartrosi e polineuropatie" dichiara Andrea Cafarelli, ricercatore dell'Istituto di BioRobotica e del progetto ADMAIORA sul fronte delle tecnologie di stimolazione non-invasive mediante ultrasuoni.

La stimolazione ultrasonica per aumentare gli effetti antinfiammatori dei macrofagi



Il controllo dell'infiammazione rappresenta una criticità nella gestione di diverse patologie come il cancro, le polineuropatie periferiche e l'osteoartrosi. Attualmente, in ambito clinico, i farmaci antinfiammatori non sempre sono soddisfacenti e possono causare effetti collaterali dannosi per il paziente.

Per scatenare una risposta immunitaria nell'organismo umano a seguito di un'infiammazione, i primi a intervenire sono proprio i macrofagi, le cellule del sistema immunitario che danno origine a dei segnali infiammatori alla base della risposta immunitaria.

“Nel nostro studio - commenta Francesco Iaconi, allievo PhD dell'Istituto di BioRobotica e primo autore del paper - abbiamo indagato i bioeffetti di una terapia non invasiva e molto sicura, costituita da ultrasuoni pulsati a bassa intensità, capendo quali potessero essere i migliori parametri in grado di abbassare il più possibile l'infiammazione indotta su macrofagi”.

Per far ciò, è stato utilizzato un particolare sistema, brevettato e sviluppato in questi anni dal gruppo di ricerca coordinato dal prof. Ricotti: questo consiste di varie componenti che consentono di esporre il campione biologico a una dose ben controllata di energia meccanica.

La stimolazione ultrasonica per combattere l'infiammazione cronica

La collaborazione tra l'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna, BAC Technology e Image Guided Therapy ha consentito di sviluppare uno studio che si inserisce in una linea di ricerca dall'alto potenziale. I risultati, infatti, sono molto promettenti e potrebbero costituire una solida base per futuri trattamenti clinici mirati a ridurre l'infiammazione in una specifica zona dell'organismo.

Dettagli dello studio

Francesco Iaconi, Andrea Cafarelli, Francesco Fontana, Tiziano Pratellesi, Erik Dumont, Ivana Barravecchia, Debora Angeloni, Leonardo Ricotti, *“Optimal low-intensity pulsed ultrasound stimulation for promoting anti-inflammatory effects in macrophages”*, *The BioRobotics Institute, Scuola Superiore Sant'Anna, Italy, Department of Excellence in Robotics & AI, Italy, BAC Technology s.r.l., Italy, Image Guided Therapy, France*

Allergia ai pollini: dall'automedicazione al vaccino. Ecco i 5 consigli degli esperti per proteggersi in primavera

La stagione dei pollini è già iniziata e con essa hanno cominciato a manifestarsi i soliti sintomi fastidiosi: riniti, starnuti, occhi rossi e, in alcuni casi, anche asma. Contro questi diffusi e comuni disturbi allergici ci sono valide opzioni terapeutiche. Lo spiegano gli specialisti

di Valentina Arcovio



La **stagione dei pollini** è già iniziata e con essa hanno cominciato a manifestarsi i soliti **sintomi** fastidiosi: riniti, starnuti, **occhi rossi** e, in alcuni casi, anche asma. Si stima che a soffrirne siano ben 10 milioni italiani che, se non vaccinati in tempo, non hanno altra scelta che ricorrere ai farmaci in grado di **alleviare i disturbi** legati all'allergia. «Quando si parla di **allergie respiratorie** è utile sapere e riconoscere l'importanza di un utilizzo corretto dei **farmaci di automedicazione** nel contrastarne efficacemente i sintomi», spiega **Lorenzo Cecchi**, presidente dell'Associazione allergologi e immunologi territoriali e ospedalieri (Aaiito). «Questi medicinali hanno un **profilo di sicurezza** molto elevato, ma vanno utilizzati per periodi limitati», aggiunge.

Antistaminici e colliri, le opzioni di automedicazione contro i pollini

Nello specifico, gli **antistaminici**, disponibili sia per uso topico (spray nasali o colliri) o da assumere per via orale (comprese), rappresentano dei validi alleati e sono sicuri anche per i bambini, nelle dosi giuste. «In presenza di **congestione nasale** dovuta ad allergie alle alte

vie respiratorie, può essere utile ricorrere ad antistaminici (eventualmente con vasocostrittori), mentre i **colliri antiallergici** risultano utili per alleviare i sintomi della **congiuntivite** che spesso si associa alla rinite allergica», dice Cecchi. «Per l'utilizzo di tutti i **farmaci e di automedicazione** è fondamentale leggere sempre il **foglietto illustrativo** e rivolgersi al farmacista. Se poi la sintomatologia persiste – continua – si raccomanda una visita al proprio medico e/o dallo specialista». Lo specialista, inoltre, ribadisce l'importanza del rispetto dei **tempi della cura** e della terapia: «Sarebbe opportuno non iniziarla troppo in anticipo rispetto alla fioritura e non continuare anche dopo».

Gli specialisti invitano a fare attenzione al «fai da te»

«L'allergia si verifica a seguito di una **reazione anomala** del sistema immunitario che comincia a produrre anticorpi per difendersi da sostanze in realtà innocue per l'organismo», spiega **Mario Di Gioacchino**, presidente della Società italiana di allergologia asma e immunologia clinica (**Siaaic**). «Le **reazioni allergiche** possono riguardare sia organi sia tessuti, soprattutto le vie aeree inferiori, la pelle, e le mucose del naso e degli occhi. E' fondamentale – continua – diagnosticarle tempestivamente, sia per evitare inutili **fastidi e disturbi**, sia per prevenire **reazioni gravi** e potenzialmente fatali». Gli allergologi, tuttavia, invitano a fare attenzione al «fai da te» e a non sostituirsi ai medici. «Sia le **terapie con gli antistaminici**, efficaci per gli starnuti e il naso che cola, sia quelle con i **cortisonici per via inalatoria** contro le ostruzioni nasali, non presentano particolari controindicazioni», evidenzia Di Gioacchino. «Ma è auspicabile che a prescriberli sia il medico con cui valutare anche la possibilità di ricorrere al **vaccino**», aggiunge.

I 5 consigli per difendersi dai pollini e affrontare al meglio la primavera

- Una **corretta diagnosi**, affidandosi, se necessario, a uno specialista in caso di sintomi persistenti.
- La **conoscenza degli allergeni** e delle proprie allergie in modo tale da ridurre l'esposizione.
- L'**utilizzo cosciente delle terapie**, sia di quella farmacologica che dell'immunoterapia specifica, ovviamente mediata dallo specialista.
- Sfruttare le informazioni disponibili e porre attenzione alle **fake news** che soprattutto su Internet sono molto diffuse. Bisogna utilizzare sempre **fonti attendibili** come i bollettini dei pollini o siti con contenuti educativi.
- **Godersi l'aria aperta**, perché è importante condurre una vita «normale», senza limitazioni e, con la giusta terapia, è possibile svolgere qualsiasi attività. Bisogna tuttavia essere prudenti, evitando i momenti più critici della giornata legati all'**innalzamento dei pollini**, ovvero in tarda mattinata o nelle prime ore del pomeriggio, quando è raccomandato evitare passeggiate o **attività sportive** all'aperto.

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 27 MARZO 2023

Un'ondata di scioperi nella sanità senza precedenti in tutta Europa

Nel nostro paese ancora non ci sono state mobilitazioni generali per il grande senso di responsabilità mostrato dagli operatori durante tutto il periodo pandemico. Non ci sono state proteste, ma il malessere sempre più profondo ha trovato altre vie per manifestarsi in tutta la sua dirompenza: fuga dal pubblico verso il privato, emigrazione all'estero e rifiuto di intraprendere le attività mediche più pesanti e rischiose come quelle legate all'urgenza e emergenza. Per questo è irrinviabile una riforma

La presa di posizione della OMS

Dopo anni di politiche orientate alla compressione dei diritti dei lavoratori e di mercificazione del lavoro sanitario, l'OMS ha rotto il silenzio denunciando le drammatiche condizioni in cui i sanitari di tutti i paesi europei si trovano ad operare e di come, senza immediati correttivi, sia reale il rischio di implosione dei sistemi sanitari.

Per fare fronte a tale situazione nel summit co-organizzato da OMS/Europa e Ministero della Salute rumeno nei giorni 22 e 23 aprile è stata firmata nella stessa capitale della Romania la "[Carta di Bucarest](#)".

Un documento di 11 punti, di cui ci ha ampiamente riferito Cesare Fassari su QS, in cui si denunciano le criticità in essere e in cui si invitano gli stati membri ad adottare politiche orientate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- 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 denuncia di JAMA

Quasi in contemporanea su JAMA, la più importante rivista di medicina degli USA, in un editoriale del 24 marzo dal titolo "Burnout, professionalità e qualità dell'assistenza sanitaria statunitense" Dhruv Khullar lanciava un pesante grido di allarme sulla situazione americana.

"Più della metà dei medici statunitensi riporta almeno 1 sintomo di burnout, quasi il doppio del tasso della popolazione attiva in generale, e molti soffrono anche di depressione, ansia o ideazione suicidaria".

Una condizione di burnout che costerebbe al sistema sanitario almeno 4,6 miliardi di dollari all'anno per gli oneri connessi al maggior turnover e alla riduzione dell'orario di lavoro dei medici di base.

Per l'autore, aldilà di alcuni fattori favorevoli di tipo "personale", tra cui età, sesso, specialità del medico, leadership e cultura sul posto di lavoro sono presenti tre forze di tipo "generale" all'origine del burnout:

- 1) la pressione derivante dal prendersi cura di troppi pazienti in troppo poco tempo e con troppe poche risorse;
- 2) la frustrazione di diversi impegnarsi in attività ritenute meccaniche, irrilevanti o controproducenti;

3) l'incapacità di soddisfare le esigenze mediche o sociali dei pazienti.

Ognuno di questi elementi ha come punto di attacco la professionalità dei medici e minaccia la loro capacità di riuscire a fornire cure compassionevoli e di alta qualità

I medici, in altre parole, vivono una condizione di deprivazione motivazionale e di una dolorosa sensazione di inutilità che non ha nulla a che vedere, si badi bene, con aspetti legati alla retribuzione.

È il contesto burocratico/ gestionale sovra-saturo di adempimenti amministrativi e di carichi di lavori incompatibili con una buona pratica clinica e non le questioni economiche che spingono gli operatori in una condizione di grave sofferenza e di disaffezione verso il lavoro.

Un'ondata di scioperi senza precedenti in tutta Europa

La situazione è talmente esplosiva che in ogni stato europeo negli ultimi mesi ci sono state ondate senza precedenti di scioperi del personale sanitario in tutto il vecchio continente.

Nel Regno Unito 100.000 infermieri hanno scioperato scendendo in piazza a gennaio 2023 dopo le analoghe iniziative del mese di dicembre. A marzo è stata la volta dei cosiddetti Junior doctor delle cure primarie che hanno indetto tre giornate di sciopero.

In Francia i medici ospedalieri hanno scioperato a dicembre 2022 contro la proposta di riforma sanitaria mentre i medici di base sono scesi in piazza a marzo contro l'istituzione del terzo pagante.

In Spagna a febbraio c.a. 250.000 operatori sanitari hanno sfilato a Madrid per protestare contro i tagli alla sanità. In precedenza, erano stati i Medici di base della stessa città a scioperare per ben 4 mesi, ponendo fine alla protesta solo dopo la sottoscrizione di un accordo con la Presidente regionale della città.

In Portogallo lo sciopero dei medici è iniziato il giorno 8 marzo e si è protratto per due giorni per protestare contro i tagli e dal governo e per il rinnovo del contratto.

In Germania lo sciopero della sanità è scattato invece il 14 marzo per il rinnovo del contratto di lavoro e contro una riforma sanitaria che taglierebbe 600 strutture.

La condizione di sofferenza nel nostro paese

Nel nostro paese ancora non ci sono state mobilitazioni generali per il grande senso di responsabilità mostrato dagli operatori durante tutto il periodo pandemico. Non ci sono state proteste, ma il malessere sempre più profondo ha trovato altre vie per manifestarsi in tutta la sua dirompenza: fuga dal pubblico verso il privato, emigrazione all'estero e rifiuto di intraprendere le attività mediche più pesanti e rischiose come quelle legate all'urgenza e emergenza.

In questo quadro falsamente immobile ha fatto grande scalpore la minaccia di 300 medici del Pronto soccorso toscani dichiaratisi pronti alla dimissione di massa per le condizioni invivibili e pericolose in cui si trovano a operare.

Una condizione di estrema sofferenza che è presente in tutte le strutture sanitarie del paese e che si accompagna all'aumento delle aggressioni da parte di parenti anche essi esasperati dai lunghi tempi di attesa.

Una lunga serie di problemi irrisolti

Il personale sanitario del nostro paese soffre di molteplici contraddizioni che sono sicuramente di tipo economico, considerato il basso livello salariale rispetto agli altri paesi europei, ma soprattutto di ruolo e autonomia nei confronti delle amministrazioni in cui operano.

Un processo di de-professionalizzazione e di perdita di status che nel settore pubblico ha trovato una pesante accentuazione con la riforma Brunetta con cui sono stati aboliti tutti quegli strumenti della concertazione che erano stati il frutto della stagione contrattuale degli anni '90.

Alla perdita di potere e di significato delle rappresentanze sindacali ha fatto buona compagnia la marginalizzazione degli operatori in tutti i processi decisionali che riguardano la vita aziendale. Il risultato è esattamente sovrapponibile a quello che Dhruv Khullar ha descritto nel contesto americano. Un paradosso se

si considerano le differenze che contraddistinguono i due sistemi sanitari e che pure hanno prodotto un identico risultato.

Le proposte di cambiamento

È evidente come la principale e prima risposta che Governo, Parlamento e Regioni dovrebbero dare per rimotivare professionisti ed operatori della salute sia un forte e discontinuo investimento economico sui loro trattamenti economici in grado di apprezzare e valorizzare realmente il lavoro sanitario e sociosanitario.

Un investimento fondamentale non solo per la tenuta della salute individuale e collettiva ma per lo stesso tessuto economico, sociale e politico dell'intero Paese, come la tragica vicenda della pandemia COVID19 avrebbe dovuto insegnare ai nostri decisori pubblici che purtroppo continuano a mostrare una memoria corta.

Certamente vi è anche la necessità di stabilizzare i precari, rinforzare adeguatamente gli organici, sempre più ridotti e stabilire che l'unica assunzione possibile nel SSN è quella a tempo indeterminato, dipendente o convenzionata che sia, regolata dalla contrattazione collettiva. Definendo anche che qualsiasi altra forma è illegittima perché lesiva della buona organizzazione del lavoro.

Ma vi è diversa e più profonda crisi dei professionisti della salute per il fatto che ormai da decenni subiscono lo svilimento delle loro professionalità, l'autonomia decisionale e capacità di incidere dal basso per creare nuove sinergie indispensabili per trasformare il lavoro individuale in impresa collettiva.

Democratizzare la vita professionale

Per questo riteniamo prioritario che si debba "democratizzare" la vita professionale e di conseguenza l'organizzazione del lavoro all'interno delle Aziende sanitarie superando e riformando profondamente il potere monocratico del Direttore Generale, attraverso forme di partecipazione reali in grado di incidere, proporre, verificare e se del caso correggere le scelte di programmazione e le conseguenti azioni di loro concretizzazione.

Quindi una nuova politica aziendale di condivisione, comprensione, concertazione e perché no cogestione dei professionisti ed operatori della salute da realizzare non solo nelle fasi della contrattazione collettiva aziendale tra parte pubblica e parte sindacale ma anche con la promozione di un nuovo e positivo protagonismo di chi opera in prima linea e nelle retrovie dell'organizzazione del lavoro sanitario e sociosanitario.

Questo si può realizzare riformando e potenziando sia il Consiglio Sanitario Aziendale che i Consigli di Dipartimento e di Distretto elettivi e rappresentativi di tutte le professionalità presenti dando loro poteri reali nelle procedure di programmazione, monitoraggio e verifica delle scelte aziendali, dipartimentali e distrettuali in materia di attuazione del diritto alla salute.

Per garantire realmente lo sviluppo di questo nuovo tessuto democratico e partecipativo aziendale va garantita ai professionisti ed operatori eletti la medesima "non punibilità prevista per i dirigenti sindacali" negli atti esercitati in virtù del loro mandato elettivo, quando esprimono il loro pensiero critico.

Un diverso sistema normativo

Quanto sopra dovrebbe essere la prima pietra di una profonda riforma del personale del SSN, il suo nucleo centrale, costruendo intorno ad esso un nuovo, diverso e discontinuo sistema normativo così articolato:

1) Per il fatto che attua un diritto costituzionalmente garantito il personale del SSN deve divenire una "categoria speciale" che abbia regole proprie, specifiche e diverse dagli altri comparti pubblici tenendo conto anche della sua intrinseca complessità costituita da oltre trenta professioni laureate che vi operano con loro riconosciuta autonomia e competenza professionali.

2) Vanno considerati gli esercenti le professioni mediche, sanitarie e sociosanitarie in rapporto di lavoro con il SSN, parte integrante del processo di programmazione, organizzazione, monitoraggio, verifica e conseguente rimodulazione delle scelte di politica della salute e delle linee di produzione delle stesse in tutti i livelli del SSN stesso, nazionale, regionale e aziendale. Un percorso da realizzare attraverso innovative modalità di effettiva partecipazione che garantisca la concertazione, la comprensione, la condivisione e la cogestione, assicurando anche il diritto alla critica e al dissenso, motivato scientificamente e professionalmente.

3) Le modalità innovative di partecipazione non potranno che essere sia garantite alle rappresentanze sindacali ma anche, a livello aziendale, esercitate dagli stessi professionisti sia riformando democraticamente il Consiglio dei Sanitari che i Consigli di Dipartimento e di Distretto in modo di assicurare la massima partecipazione e garanzia alla critica propositiva, il che significa negare il ruolo monocratico e talora autocratico del Direttore Generale. In tale prospettiva la revisione della governance aziendale con la istituzione di un "consiglio di indirizzo" plurale con reali poteri non solo organismo consultivo può rappresentare uno strumento indispensabile per una gestione aperta al contributo di altri attori sociali.

4) Il Lavoro medico, sanitario e sociosanitario si dovrebbe espletare garantendo e valorizzando al massimo la sua potenzialità, autonomia e capacità intrinseche e proprie del proprio sapere ed agire professionale riducendo al massimo adempimenti non sanitari che potrebbero rientrare nelle competenze di quei professionisti che rivestano incarichi gestionali/apicali o, se di minor rilievo, formando uno specifico profilo di segretario sanitario/clinico sulla base di esperienze europee evolvendo da una parte il segretario di studio di MG o di segretario di reparto ospedaliero, nelle poche, purtroppo, esperienze in essere. Si tratta in altre parole di favorire quel general intellect e quelle capacità inespresse e spesso soffocate dei professionisti da cui nasce cambiamento e qualità delle relazioni.

5) Il rapporto di lavoro del medico come degli altri professionisti della salute, aldilà della sua denominazione giuridica se dipendente o convenzionato, dovrebbe essere per obiettivi di "salute" concordati, monitorati e verificati con la conseguente individuazione di una parte della remunerazione legata al loro raggiungimento, ovviamente tenendo conto delle situazioni avverse che non abbiano consentito oggettivamente il pieno raggiungimento (sottorganico, minore dotazione strumentali, eventi pandemici...). In tale prospettiva da superare il concetto prestazione di lavoro condizionata all'orario di lavoro, come è proprio in ogni rapporto di lavoro sia dirigenziale ma anche professionale, fermo restando la retribuzione distinta per le guardie, la reperibilità, il lavoro notturno e festivo.

Una riforma del rapporto di lavoro per una effettiva tutela della salute

E' una profonda riforma che rende il rapporto di lavoro in grado di esaltare e apprezzare l'essere un professionista non solo nella sua accezione di professione intellettuale e liberale ma di implementare l'intrinsecità e la specificità del tempo di lavoro medico e del professionista della salute con l'unico obiettivo: garantire e rendere la migliore prestazione professionale in scienza e coscienza per la tutela della salute nella prevenzione, nella diagnosi, nella cura e nella riabilitazione.

La specialità della categoria del personale del SSN prevederebbe anche la riformulazione della sua contrattazione prevedendo un "contratto quadro unitario e unificante di filiera" dell'insieme del personale che opera nel SSN, inteso sia quello dipendente delle Aziende Sanitarie Pubbliche ma anche quello dell'insieme degli enti accreditati sanitari e sociosanitari, finanziato anche dal FSN.

Questa novità avrebbe un duplice l'obiettivo da perseguire: il primo contrattuale quello di omogeneizzare i trattamenti del personale nel pubblico e nel privato accreditato, favorendo anche la maggiore unificazione possibile dell'attuale molteplicità dei contratti in quest'ultimo settore; il secondo, strategico, di far partecipare le rappresentanze sindacali nella fase di costruzione del Patto della Salute tra Stato e Regioni nella programmazione, nell'elaborazione delle scelte ma anche nel monitoraggio e nella verifica delle stesse favorendo quindi il protagonismo positivo dei professionisti produttori di salute nelle concertazione, nella comprensione e nella condivisione delle politiche per la salute: quindi un contratto quale strumento attuativo delle scelte programmatiche in sanità; da questo nuovo contratto quadro della filiera sanitaria e sociosanitaria si passerebbe alla negoziazione degli specifici settori: SSN, ospedalità accreditata, terzo settore, RSA, ecc.

Per quanto riguarda il personale "pubblico" del SSN con le innovative e discontinue caratteristiche del rapporto di lavoro medico e del professionista della salute sopra descritte non avrebbe più ragione di esistere la differenza tra le attuali normative del lavoro dipendente e di quello del lavoro parasubordinato o convenzionato che dir si voglia, si potrebbe, quindi, ipotizzare un contratto unitario del rapporto di lavoro medico nel comparto pubblico del SSN sia per l'attuale dirigenza medica che per gli AA.CC.NN. della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale o, se questo non potesse essere possibile mantenere i diversi e preesistenti modelli di contrattazione per la dipendenza e per la convenzionata, però inseriti e derivanti dalle impostazioni e indirizzi del "contratto quadro unitario e unificante di filiera".

Il ruolo del Ministero della Salute e degli operatori del SSN

Questa riforma proposta della contrattazione presupporrebbe che il Ministero della Salute svolga un ruolo da protagonista anche di regista, allentando e superando la subalternità con il MEF, sia nella fase del “contratto quadro unitario e unificante di filiera” che nei successivi contratti di settore pubblico e privato accreditato, avvalendosi o delle capacità tecniche negoziali integrate sia di ARAN che di SISAC oppure dotarsi di una nuova struttura tecnica per la gestione delle procedure e delle fasi contrattuali.

Certamente questo processo riformatore presuppone altre sue articolazioni che indichiamo per sintesi avendo più volte scritto su questo quotidiano:

- ribadire che il SSN oltre prevenzione, cura e riabilitazione svolge attività di ricerca sanitarie e di didattica per i professionisti della salute e pertanto partecipa, con pari dignità con gli Atenei, nella formazione universitaria dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- va riformato lo status giuridico ed economico dello specializzando medico e delle altre professioni sanitarie prevendo in sostituzione delle borse di studio un vero e proprio rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato di formazione-lavoro regolato da una specifica sezione nel CCNL della dirigenza medica e sanitaria, con la progressiva attribuzione di autonomia professionale in relazione alla verifica positiva delle competenze acquisite, snellendo le successive procedure concorsuali per il passaggio a tempo indeterminato per lo specialista che voglia rimanere nel SSN;
- omogeneizzare la normativa per quanto riguarda gli incarichi, l'esclusività del rapporto di lavoro e l'esercizio della libera professionale tra le professioni della dirigenza sanitaria e le professioni sanitarie di cui alla legge 251/00 prevedendo per esse il riordino della formazione universitaria istituendo nei corsi di laurea magistrale anche indirizzi specialistici;
- riformare la formazione e lo status normativo dell'operatore sociosanitario restituendo al SSN la titolarità della formazione e prevedendo la possibilità che possa acquisire ulteriori competenze assistenziali avanzate, concordate e condivise con le rappresentanze professionali interessate, sino alla costituzione di un nuovo profilo professionale di cooperatore sociosanitario, di assistente alla salute, di aiuto-infermiere, come si voglia definire il cosiddetto “Ugo” e che sia in grado di collaborare con gli infermieri e gli altri professionisti della salute, non essere di supporto a loro, perché in sanità nessuno è di supporto a qualcuno bensì ognuno collabora con le proprie competenze e con i propri saperi alla tutela della salute individuale e collettiva.

Roberto Polillo e Saverio Proia

L'allarme del medico di Lampedusa: "Troppe donne incinte e pochi medici"



"Non abbiamo il tempo di visitare"

MIGRANTI di Redazione

27 MARZO 2023, 09:39

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

LAMPEDUSA (AGRIGENTO) – “Con la morte negli occhi, inzuppati dalla testa ai piedi, infreddoliti, e anche in questo caso erano più le donne, terrorizzate, con dieci bambini che tremavano come le foglie, mentre noi conteggiavamo anche otto morti”. Così racconta al ‘Corriere della Sera’ i migranti salvati nel Mediterraneo il direttore del poliambulatorio di Lampedusa Francesco D’Arca.

“Non abbiamo tempo”

“Non abbiamo il tempo di visitare i migranti che ci portano in poliambulatorio e scatta immediato l’allarme a Cala Pisana o all’Isola dei conigli dove arrivano piccoli barchini non visti da radar e motovedette – aggiunge – Saltiamo in ambulanza e, mentre vai, ecco un altro allarme. Anche sugli scogli o sulle spiagge la procedura è obbligata. Attiviamo un triage come in un qualsiasi pronto soccorso. Con il sole che brucia. O al gelo di notte. Deve essere immediata la verifica delle condizioni

cliniche. Devo capire subito se ho davanti un asmatico, un cardiopatico. Avviare le donne incinte verso il nostro servizio specialistico di ginecologia partito sabato con il servizio di pediatria. Donne incinte in quantità – dice ancora -. Tante, tantissime, troppe. Quasi tutte al terzo o quarto mese. Molte arrivano in procinto di partorire e allora via con l’elisoccorso a Palermo”.

La situazione

Pochissimi i medici: “Due per gli sbarchi con turno giorno e notte, un medico fisso al ps, un pediatra e uno per la continuità assistenziale. Più il sottoscritto. Ma io coordino anche Ustica dove vado il venerdì, dall’altra parte della costa, sul Tirreno. E dovrei stare a Palermo la domenica”.

Tags: lampedusa · migranti

27 MARZO 2023, 09:39

0 Commenti Condividi

ALTRE NOTIZIE



Ong e intralcio ai soccorsi: la procura di Agrigento studierà atti



Gli incartamenti saranno accolti dalla Guardia Costiera.

IMMIGRAZIONE di Redazione

26 MARZO 2023, 18:01

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

Agrigento – Anche la Procura di **Agrigento**, secondo quanto apprende l’Ansa, potrebbe interessarsi al caso della nave Louise Michel, dell’omonima Ong. La Guardia costiera che ha sottoposto a fermo amministrativo l’imbarcazione ha parlato di “intralcio ai soccorsi” con “continue chiamate dei mezzi aerei ong” che “hanno sovraccaricato i sistemi di comunicazione del Centro nazionale di coordinamento dei soccorsi, sovrapponendosi e duplicando le segnalazioni dei già presenti assetti aerei dello Stato”. La Procura di **Agrigento** studierà gli incartamenti che verranno presentati dalla Guardia costiera di Lampedusa per stabilire se siano o meno configurabili anche fattispecie di reato.

Tags: immigrazione

26 MARZO 2023, 18:01

0 Commenti Condividi

CONTINUA A LEGGERE SU LIVESICILIA.IT

Articoli Correlati

Ong e intralcio ai soccorsi: la procura di Agrigento studierà atti



Gli incartamenti saranno accolti dalla Guardia Costiera.

IMMIGRAZIONE di Redazione

26 MARZO 2023, 18:01

0 Commenti Condividi


1' DI LETTURA

Agrigento – Anche la Procura di **Agrigento**, secondo quanto apprende l'Ansa, potrebbe interessarsi al caso della nave Louise Michel, dell'omonima Ong. La Guardia costiera che ha sottoposto a fermo amministrativo l'imbarcazione ha parlato di "intralcio ai soccorsi" con "continue chiamate dei mezzi aerei ong" che "hanno sovraccaricato i sistemi di comunicazione del Centro nazionale di coordinamento dei soccorsi, sovrapponendosi e duplicando le segnalazioni dei già presenti assetti aerei dello Stato". La Procura di **Agrigento** studierà gli incartamenti che verranno presentati dalla Guardia costiera di Lampedusa per stabilire se siano o meno configurabili anche fattispecie di reato.

Il caso

«Stabilizzazioni? Prima si tenga conto delle graduatorie vigenti degli idonei»

Il Comitato Idonei del Concorso Collaboratori Amministrativi Cat. D dell'Asp Palermo contesta la bozza assessoriale dell'accordo sui precari Covid.

 Tempo di lettura: 2 minuti

27 Marzo 2023 - di [Redazione](#)



[IN SANITAS](#) > [ASPE Ospedali](#)

Il **Comitato Idonei** Concorso Collaboratori Amministrativi Cat. D Asp Palermo, di fronte ai tentativi di accordo tra l'assessorato alla Salute e i sindacati che sostengono le posizioni dei precari Covid in merito a possibili procedure di stabilizzazione, esprimere «sconcerto per l'assoluta mancata considerazione nei confronti di **graduatorie già approvate** e tuttora vigenti. In particolare, qualunque comprensibile aspirazione dei **precari Covid**, quand'anche legittimata da normative regionali o nazionali, non può sovvertire il disposto costituzionale: nella P.A. si accede tramite concorso pubblico».

Dal comitato aggiungono: «In previsione della ricognizione della dotazione organica e dell'aggiornamento dei piani di fabbisogno richiamati dall'assessorato alla Salute nel [protocollo d'intesa](#) con i sindacati, nell'ottica della stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti previsti dal decreto Milleproroghe, non viene fatta alcuna menzione di una graduatoria di idonei, relativa ad un concorso per collaboratori amministrativi cat. D, espletato appena 6 mesi fa. Nelle valutazioni dell'assessorato alla Sanità, infatti, **non può essere ignorata** l'esistenza di una graduatoria di idonei che hanno superato una **selezione pubblica**, risultando pertanto qualificati per il profilo richiesto».

«Riteniamo e auspichiamo, dunque, che la Regione, in persona del presidente **Schifani** e dell'assessore **Volo**, si astengano dall'assumere iniziative che ledano gli interessi degli idonei inseriti in graduatorie di merito di enti del SSR, invitandoli altresì ad un **confronto** con una nostra delegazione, al fine di poter rappresentare loro le nostre legittime istanze. Ribadendo che ogni forma di stabilizzazione non potrà che venire in secondo piano, rispetto ad un concorso pubblico per titoli ed esami, qualora il superiore auspicio verrà disatteso, ci riserviamo ogni e qualsivoglia azione giudiziaria e non a tutela della valorizzazione del merito e dei nostri interessi».

Pd in tilt sui capigruppo, mossa in extremis di Schlein: cosa ha promesso a Bonaccini

[elly schlein](#) [pd](#) [stefano bonaccini](#)



Sullo stesso argomento:

La carica dei 168 intellettuali in soccorso di Schlein: chi sono

27 marzo 2023

Tutto fermo e trattative in alto mare. Il nuovo Pd di Elly Schlein rischia di schiantarsi sulla scelta dei capigruppo di Camera e Senato. I pontieri del presidente dem Stefano Bonaccini trattano con la segretaria ma "il negoziato, fino a ieri notte, era ancora in alto mare", riporta Repubblica. Domani si vota per eleggere i due nuovi capigruppo e mentre ci sono pochi dubbi sull'esito - Chiara Braga e Francesco Boccia guiderebbero i dem in Parlamento - ma c'è il rischio che "una fronda di scontenti, se non ci fosse un accordo di massima sulla segreteria, potrebbe votare scheda bianca".



Ford Puma Hybrid con IdeaFord+

Tua con 3 anni di manutenzione e 7 anni di garanzia Ford Protect. Anticipo zero €340/mese per 36 mesi e rata finale da €15.736. TAN 6,95% TAEG 8,37%.

Sponsorizzato da Puma Hybrid



Nel Pd sono già ai coltelli. Tra veleni dem Schlein e Bonaccini verso la rottura

Insomma, i big della minoranza vogliono un accordo sulla segreteria prima del voto per i capigruppo, i sostenitori di Schlein in contrario. Nella partita della squadra della segretaria c'è la delega cruciale all'Organizzazione, che Schlein "vuole ovviamente affidare a una persona di fiducia, che dovrebbe essere Marco Sarracino".



"Italia trasformata nel campo profughi d'Europa". Cirielli fulmina il Pd

Per ottenerlo "potrebbe offrire alla minoranza uno dei due vice-segretari (per la sua area invece girano i nomi di Marco Furfaro o Peppe Provenzano). A patto che il profilo bonacciniano rispecchi quel rinnovamento che la leader intende portare avanti. Soprattutto, Schlein non è intenzionata ad accettare nomi dettati dai capicorrente", si legge nel retroscena Gli schleiniani sperano che la spartizione delle deleghe della squadra in stile "governo ombra" possa far diminuire le fibrillazioni all'interno del partito.

Antudo attacca Lagalla: "Ponte Corleone incompleto e il sindaco pensa a quello sullo Stretto"

Il movimento indipendentista siciliano ha affisso uno striscione sulla Circonvallazione, scagliandosi contro la decisione di avallare l'opera annunciata dal governo nazionale: "Servono infrastrutture utili ai territori"



Redazione

27 marzo 2023 09:20



Lo striscione affisso da Antudo sul Ponte Corleone

"Sfida necessaria? Infrastrutture utili ai territori. No Ponte sullo stretto", così recita lo striscione a firma di Antudo, esposto oggi all'alba sul Ponte Corleone, per lungo tempo a rischio crollo e diventato simbolo dell'incuria delle istituzioni cittadine riguardo alle emergenze del territorio.

I comitati territoriali di Antudo, movimento indipendentista siciliano, hanno preso parola sul progetto del Ponte sullo Stretto di Messina, in concomitanza con l'iniziativa promossa dalla Fondazione Magna Grecia e dalla Fondazione Sicilia che si terrà al Teatro Massimo per parlare proprio della realizzazione del Ponte. All'iniziativa a favore della costruzione dell'opera saranno, infatti, presenti il presidente della Regione Siciliana Renato Schifani e il sindaco Roberto Lagalla. "Al posto di ragionare su progetti fondamentali per mettere in sicurezza e potenziare infrastrutture utili ai territori, lo Stato e le sue istituzioni periferiche pensano a finanziare progetti come il Ponte sullo Stretto. Cosa si aspetta, cosa aspettano le amministrazioni comunali, il governo regionale e

quello nazionale a fare ciò che serve per la manutenzione e il potenziamento delle infrastrutture utili al territorio? Sono anni che si conoscono le condizioni tragiche del sistema infrastrutturale siciliano, il sindaco Lagalla, invece di pensare alle priorità della sua città - accelerando la destinazione dei fondi per il completamento del Ponte Corleone, attraversato ogni giorno da migliaia di palermitani - favorisce la costruzione di una grande opera inutile", affermano i militanti di Antudo.

La costruzione del Ponte sullo Stretto di Messina è definita dagli amministratori come una "sfida infrastrutturale". Ma - secondo Antudo - si tratterebbe di una sfida tutta politica ed economica. Questa è la sfida dei governi per risollevare il Paese dalla crisi; "Per noi la sfida - continua Antudo - è resistere e difendere questo Stretto, raccogliamo e invitiamo tutti a fare lo stesso: organizziamoci, non lasciamo loro spazio, prendiamoci cura dei nostri territori, combattiamo questa grande opera inutile che è il Ponte sullo Stretto".

© Riproduzione riservata

Concerto annullato al Teatro Massimo per lo sciopero, l'ira di sindaco e sovrintendente: "Grave danno"

La protesta proclamata da Libersind Confsal - per il mancato accordo sul piano welfare - fa saltare l'appuntamento con il concerto diretto dal maestro Gabriele Ferro, programmato ieri sera. Lagalla e Betta: "Chiediamo scusa agli spettatori. Trattativa coi lavoratori in via di definizione, comportamento intollerabile"



Redazione

27 marzo 2023 09:17



Il Teatro Massimo

Il concerto diretto dal maestro Gabriele Ferro in programma ieri al Teatro Massimo è stato annullato a causa dello sciopero proclamato da Libersind Confsal. La protesta per il mancato accordo sul piano welfare ha mandato su tutte le furie la governance della fondazione Teatro Massimo, che in una nota parla di "grave danno economico e

d'immagine" ad opera di una sigla "numericamente minoritaria ma in grado di incidere nel fragile equilibrio dell'orchestra".

"Lo sciopero - prosegue la nota - appare ancor più intollerabile per la presenza in teatro di un gran numero di spettatori, e tra loro di tantissimi turisti, che non hanno potuto assistere al concerto e che conserveranno di questa serata e della città un pessimo ricordo".

Motivo per cui il sovrintendente Marco Betta porge "le scuse al pubblico e al maestro Ferro per l'annullamento del concerto" e aggiunge: "Sorprende il fatto che Libersind Confsal abbia proclamato lo sciopero nonostante fosse in corso una trattativa in via di definizione con tutte le sigle sindacali sulla distribuzione di un contributo aggiuntivo di 350.000 euro che, oltre a quello annuale, è stato assegnato ai lavoratori per il welfare, grazie all'impegno del Comune".

Sulla stessa scia il sindaco Roberto Lagalla: "Dispiace constatare come lo sciopero indetto da una sola sigla sindacale abbia costretto all'annullamento del concerto in programma, ieri sera, al Teatro Massimo. Un fatto grave, soprattutto se si considera la inaccettabile logica sindacale che ha portato allo sciopero, motivato da posizioni pretestuose e di difficile comprensione. La fondazione Teatro Massimo ha tenuto e continua a tenere aperto il dialogo con i suoi lavoratori. Ne è dimostrazione di ciò il fatto che tutte le altre sigle sindacali non abbiano aderito alla protesta. Purtroppo resta questa macchia nel contesto di una stagione che fin qui ha raccolto ampio consenso e grande partecipazione di pubblico, grazie, in primo luogo, all'impegno dei lavoratori del Teatro Massimo".

"A nome della fondazione, della quale il sindaco di Palermo è statutariamente il presidente, - conclude Lagalla - sento di dovere rivolgere le mie scuse al pubblico e al maestro Ferro: entrambi non avrebbero meritato un comportamento che delude anche me e la Giunta comunale che, pur in un momento di nota difficoltà, non ha fatto mai mancare alla fondazione e ai lavoratori il massimo e più convinto sostegno".

© Riproduzione riservata

Ricerca Deloitte: 8 italiani su 10 hanno già adottato comportamenti per ridurre i consumi

Fai-da-te contro il caro energia

Dagli usi attenti al solare: si diffondono le pratiche virtuose

Pagina a cura di

IRENE GREGUOLI VENINI

Con la crisi energetica e il conseguente aumento dei prezzi dell'energia molte persone hanno modificato i propri stili di vita adottando comportamenti virtuosi per contenere il consumo dell'elettricità e del gas: per esempio, molti accendono le luci solo quando necessario, usano lampadine a basso consumo, stanno attenti all'utilizzo dell'acqua calda. In generale, inoltre, c'è interesse verso la possibilità di avere accesso a energia elettrica rinnovabile e verso la produzione autonoma di energia valutando l'installazione di tecnologie solari.

Nonostante il calo dei prezzi energetici rispetto ai picchi dei mesi scorsi, il rincaro delle bollette pesa non poco sulle famiglie e sulle imprese: su questo fronte c'è da tenere presente che il governo sta lavorando per rinnovare il pacchetto di misure contro il caro-energia che scade il 31 marzo.

Le nuove abitudini contro il caro-energia. Dalla ricerca di Deloitte "Il Cittadino Consapevole: comportamenti virtuosi, tecnologie digitali e fonti rinnovabili per risolvere la crisi energetica" emerge infatti che quasi otto italiani su 10 hanno già adottato comportamenti virtuosi per contenere il consumo energetico, anche se sei su 10 lamentano di non percepire benefici tangibili a causa del costante aumento delle tariffe.

Tra le principali aree d'azione ci sono comportamenti consapevoli che non implicano alcun costo monetario, come l'uso delle luci solo quando strettamente necessario (75%), la limitazione dei consumi di acqua calda (54%), prestare attenzione alla modalità "stand-by" degli apparecchi (48%).

In questa categoria rientra anche la scelta di un adeguato fornitore di energia elettrica o gas, come indicato dal 28% dei cittadini: su questo fronte la convenienza delle tariffe (52%), la trasparenza del

I comportamenti per contenere i consumi

- Il **75%** degli italiani accende le luci solo quando necessario e il 67% usa lampadine a basso consumo
- Il **36%** sceglie elettrodomestici moderni e di classe energetica elevata
- Il **21%** opta per l'installazione di termostati programmabili (21%) o di misuratori di corrente elettrica (18%)
- Il **52%** dei cittadini sceglie il fornitore di energia elettrica e gas in base al prezzo
- Il **97%** degli italiani conferma l'importanza di avere più energia prodotta da fonti rinnovabili
- Il **52%** degli intervistati valuterebbe un cambio di fornitore per avere energia green
- Si registra sempre più la tendenza verso la produzione autonoma di energia con oltre il 70% degli intervistati che valuta, per esempio, l'installazione di tecnologie solari (termico o fotovoltaico) nei prossimi anni

Fonte: Deloitte

servizio (47%) e la possibilità di avere accesso a sconti (35%) risultano le motivazioni primarie di scelta del proprio operatore.

Vengono messe in campo anche alcune iniziative realizzabili con un investimento contenuto, sfruttando le potenzialità dell'innovazione e delle

tecnologie rinnovabili, infatti, secondo gli intervistati garantirebbe all'Italia non solo una minore dipendenza dalle importazioni di combustibili fossili (48%), ma anche una progressiva decarbonizzazione del sistema energetico (42%) e un complessivo miglioramento dei parametri ambientali (34%).

Per il 52% l'aver accesso a energia verde è la principale motivazione per valutare un nuovo fornitore. Tuttavia, oggi solo uno su tre dichiara di conoscere il mix energetico del proprio provider e nel 50% dei casi dichiara che la quota di energia elettrica prodotta da fonti rinnovabili non supera il 20% del totale.

Gli italiani, inoltre, si dimostrano molto interessati alla cogenerazione di energia elettrica da fonti rinnovabili: i pannelli solari (termici e fotovoltaici) sono le tecnologie che attirano maggiormente l'interesse con circa il 20% degli intervistati che ne valuta l'installazione nei prossimi 12 mesi, cui si aggiunge un 60% circa che guarda con fiducia al medio periodo.

Un trend simile si registra anche per i sistemi d'accumulo dove l'interesse di breve periodo è condiviso dal 15% e quello di medio termine dal 47%.

Il ruolo delle istituzioni. In molti (otto su 10)

esprimono la necessità di un intervento da parte dell'Ue attraverso l'introduzione di forme di regolamentazione comunitarie dei prezzi dell'energia elettrica e la modifica dei modelli di gestione del mercato elettrico, coerentemente con gli obiettivi di decarbonizzazione previsti dallo "European Green Deal".

Infatti, solo il 28% ritiene le misure attuali sufficienti a contrastare le spinte inflazionistiche legate al prezzo dell'energia elettrica e quasi otto su 10 vorrebbero una chiara strategia energetica, che consenta di gestire le criticità odierne (77%) e facilitare la transizione verde del paese (79%).

Verso il mercato libero. C'è da tenere presente, peraltro, che si va verso la fine del mercato tutelato: per le famiglie, sia per l'elettricità che per il gas (e per i condomini uso domestico per il gas), il superamento della tutela di prezzo è previsto entro il 10 gennaio 2024, data entro la quale verrà assegnato il servizio a tutele graduali ai clienti domestici che in quel momento non avessero ancora scelto un fornitore del mercato libero, garantendo la continuità della fornitura di elettricità.

Su questo fronte il Rapporto di monitoraggio dei mercati di vendita al dettaglio dell'energia elettrica e del gas di Arera (l'Autorità di Regolazione per Energia Reti e Ambiente),

diffuso di recente, ha rilevato che la progressiva uscita dei clienti finali dal mercato tutelato prosegue a ritmo costante.

Come risulta dall'ultimo aggiornamento, riferito a settembre 2022, si approvigionano nel mercato libero nel settore elettrico, il 66,9% (+4,5% rispetto alla rilevazione del mese di marzo 2022) dei clienti domestici, nel settore del gas il 65,7%.

Nonostante persista una certa disomogeneità nel territorio nazionale in merito alla consistenza del mercato libero, nella gran parte delle regioni e delle province italiane più della metà dei clienti, sia domestici che non domestici, è uscito dal relativo regime di tutela scegliendo un contratto di libero mercato, per entrambi i settori.

Considerando le offerte, al 31 dicembre 2022 quelle disponibili alla consultazione e alla comparazione della spesa presenti nel portale Offerte erano 4.160.

Nell'anno scorso le offerte a prezzo variabile sono state maggioritarie tra quelle disponibili sul mercato: questo fatto, secondo l'analisi di Arera, è fortemente legato all'andamento dei prezzi all'ingrosso rilevato a partire dall'ultimo periodo del 2021 e proseguito nel corso del 2022; a seguito dell'incremento del livello e della volatilità dei prezzi all'ingrosso, molti venditori hanno preferito orientare la propria offerta su formule di prezzo variabile, in grado di intercettare maggiormente il rischio prezzo in uno scenario particolarmente complesso quale quello attuale, riducendo il rischio delle più complesse previsioni e coperture necessarie per formulare una proposta a prezzo fisso.

Se si esaminano i prezzi delle offerte sul mercato libero, emerge che sia per la luce sia per il gas ci sono delle proposte sia a prezzo fisso sia a prezzo variabile che si attestano su un livello di spesa inferiore a quello della tutela, anche se nell'ultima parte dell'anno i margini di convenienza e il numero di queste offerte si è notevolmente ridotto; rimane infatti una quota rilevante di proposte disponibili sul mercato libero che risulta meno conveniente rispetto a quelle in tutela.

Solo il 28% ritiene le misure attuali sufficienti a contrastare le spinte inflazionistiche legate al prezzo dell'energia elettrica e quasi otto su 10 vorrebbero una chiara strategia energetica, che consenta di gestire le criticità odierne (77%) e facilitare la transizione verde del paese (79%)

tecnologie digitali, fra cui l'installazione di lampadine a basso consumo (67%), la scelta di elettrodomestici moderni e di classe energetica elevata (36%), l'installazione di termostati programmabili (21%) o di misuratori di corrente elettrica (18%).

Gli interventi strutturali, invece, sono stati indicati da poco meno del 20% degli intervistati e risentono positivamente della disponibilità di agevolazioni fiscali.

Più energie rinnovabili. In tutto ciò il 97% dei cittadini conferma l'importanza e la necessità di avere un'adeguata e crescente quota di energia prodotta da fonti rinnovabili.

Una graduale transizione verso un impiego mag-

Scontro fra due auto sulla strada per Custonaci: sei morti, gravissima una donna di Maria Emanuela Ingoglia



Frontale tra una Alfa 159 e una Fiat Doblò. La donna ferita è stata operata nella notte

27 MARZO
2023

AGGIORNATO
ALLE 09:16

LETTURA

1 MINUTI DI

Sei persone morte e una settima, una donna, in gravissime condizioni. E' questo il tragico bilancio dell'incidente avvenuto ieri, intorno alle 19, sulla strada provinciale 16, nel rettilineo di Lentina, che porta a Custonaci, nel Trapanese. Fonti qualificate questa notte avevano diramato la notizia della morte della settima persona coinvolta nell'incidente. All'alba di questa mattina le stesse fonti hanno rettificato la notizia.

IL CASO

Stromboli, allarme rientrato (per ora): l'eruzione si è fermata

Ma le escursioni restano vietate oltre i 400 metri

Di **Redazione** | 27 Marzo 2023

È cessato sullo Stromboli il trabocco lavico, in corso da venerdì scorso, dal cratere nord. La colata – così come evidenzia l'Ingv – Osservatorio etneo è in raffreddamento. Permane una moderata attività di spattering nell'area nord del vulcano, accoppiata ad un'attività esplosiva ordinaria anche in quella centro – meridionale.

Nel frattempo, slitta la riapertura alle escursioni, sino ai 400 metri, invocata dagli operatori turistici per dare respiro all'economia, fortemente provata dal blocco, a seguito dell'intensa attività del vulcano. Questo quanto è emerso nel corso del confronto che il sindaco Riccardo Gullo, presente il primo ricercatore Ingv, Mauro Coltelli, ha avuto con le guide vulcanologiche.

Prima di emettere una nuova ordinanza, che consenta di raggiungere, in sicurezza e con tutta una serie di accorgimenti, quella quota (ci si ferma a 290 metri) è necessario che l'ente gestore della riserva, in cui insiste il vulcano, esegua alcuni interventi di sistemazione del sentiero «Natura 2000» e dell'altro sentiero che si sviluppa tra i 300 e i 400 metri.