



Rassegna Stampa 15 maggio 2023

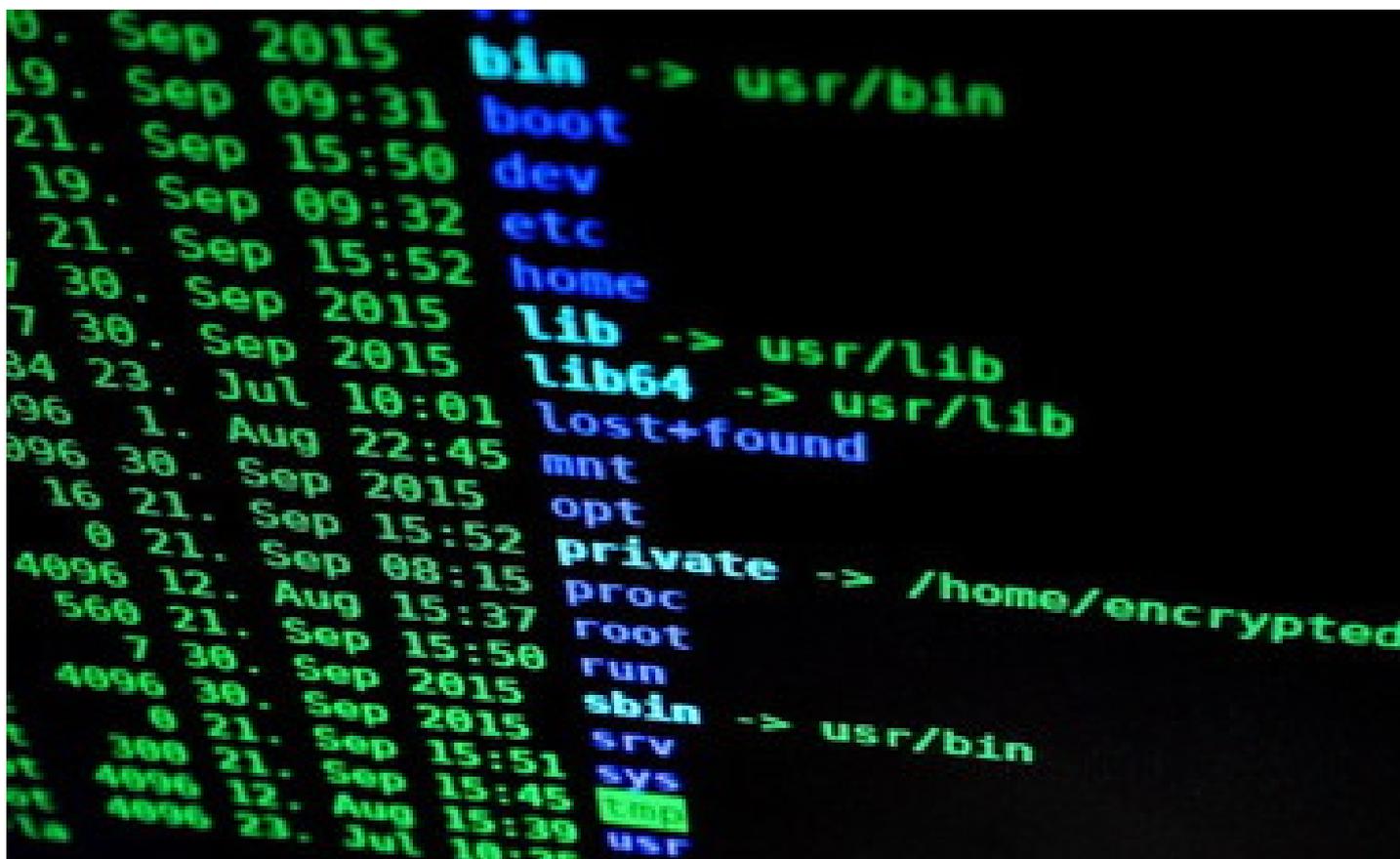
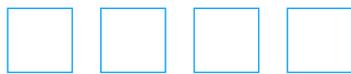
A cura della dott.ssa Maria Grazia Elfio

Ufficio Stampa e Comunicazione

ufficiostampa@villasofia.it

Abruzzo, attacco hacker alla sanità: i dati dei pazienti in rete

[attacco hacker](#) [asl](#)



12 maggio 2023

Dai pronto soccorso ai reparti e ai laboratori d'analisi e di radiologia: la sanità è sotto attacco hacker dal 3 maggio scorso. Nel mirino è finita la Regione Abruzzo quando i dati sanitari di migliaia di pazienti sono stati rubati e i sistemi informatici della Asl di Avezzano-Sulmona-l'Aquila sono paralizzati con una richiesta di un riscatto già inviata.



Quale integratore scegliere in caso di stanchezza ? Scopri la linea Massigen !

Mix equilibrato di creatina, carnitina, vitamine e magnesio

Sponsorizzato da MASSIGEN

Immediato l'intervento dei tecnici dell'Agenzia di cybersicurezza, ma ancora non è chiaro quando si riuscirà a fermare l'attacco e a ripristinare la sicurezza. "Siamo solidali con voi per i problemi che hanno travolto la regione dopo l'attentato alla Asl1, ma questo incidente vi apre gli occhi su molti problemi", hanno scritto gli hacker.

I pirati informatici hanno anche parlato alla popolazione: "Cari residenti dell'Abruzzo! In un momento in cui la gestione di ASL1 mantiene il silenzio negligente, facciamo appello a voi. Studiate attentamente il file allegato qui sotto. A chi trova il suo nome consigliamo di ottenere una consulenza legale il prima possibile per presentare un reclamo contro ASL1 per la conservazione impropria dei tuoi dati personali".

Tra i pazienti il boss Matteo Messina Denaro

L'attacco hacker che dal 3 maggio crea disagi nella Asl 1 avrebbe coinvolto anche le carceri di Avezzano, L'Aquila e Sulmona. Tra le cartelle cliniche dei detenuti che sarebbero state violate, e che in parte sarebbero pubblicate nel Dark Web, ci sarebbe anche quella di Matteo Messina Denaro che fu preparata le settimane successive al suo arrivo al carcere di Preturo all'Aquila, avendo mantenuto sino a quel momento, una falsa identità per curare il tumore al colon, di cui è affetto. La possibile vulnerabilità della rete è al centro di un progetto pilota in Europa che la Regione Abruzzo sta portando avanti prevedendo un doppio sistema di protezione dei dati relativi alla popolazione carceraria.



Crisi del SSN e salute dei cittadini

Epidemiologia&Prevenzione lancia una nuova *call for papers*

Le difficoltà del servizio sanitario pubblico nel fornire risposte adeguate ai bisogni di salute della popolazione sono ben note, sia per le notizie frequentemente fornite dai media sia per le storie personali che ciascuno vive o conosce da vicino. La stampa specializzata ne elenca pressoché quotidianamente numeri e cause: scarsità di personale medico e infermieristico, esiguità dei finanziamenti, non coordinamento tra le diverse parti del sistema, lo stato di precarietà in cui versa la medicina territoriale tra riforma e resistenze, l'invecchiamento della popolazione, oltre ai danni causati dalla pandemia. Le conseguenze sono liste d'attesa lunghissime per esami specialistici e ricoveri elettivi, difficoltà di presa in carico anche per casi urgenti e conseguente affollamento dei Pronto Soccorso, impossibilità talvolta di trovare medici di medicina generale o pediatri di libera scelta. E&P ha dedicato al tema **quattro editoriali** tra la fine del 2021 e il 2022¹⁻⁴ e il **Blog** di Cesare Cislighi, dal titolo opportunamente problematico ("Come sta la sanità") contribuisce a tenere aperta la questione tra i lettori. Un SSN in crisi non smette di essere anche **poco sostenibile** dal punto di vista ambientale visto che il sistema sanitario è responsabile del 5-10% delle emissioni totali di gas serra del nostro Paese.

Ma le difficoltà del SSN non hanno conseguenze simili su tutte le fasce di popolazione, perché le carenze del sistema pubblico, soprattutto in ambito di diagnostica e di specialistica ambulatoriale, sono ben compensate dalle strutture private, a pagamento. Chi se lo può permettere salta le liste d'attesa e ottiene rapidamente quella prestazione che nel pubblico è arduo avere in tempi accettabili.

Una soluzione da alcuni vista con favore è il progressivo spostamento delle risorse pubbliche al settore privato. Tale processo potrebbe acuirsi con possibili provvedimenti volti a una maggiore "autonomia" regionale. Tuttavia, lo spostamento delle risorse dal pubblico al privato non è senza conseguenze. Lo dimostra chiaramente l'esperienza inglese. La privatizzazione dell'NHS in

Inghilterra, attraverso l'esternalizzazione dei servizi a società a scopo di lucro, è aumentata in maniera consistente nel periodo 2013-20. L'esternalizzazione al settore privato ha coinciso con un aumento significativo dei tassi di mortalità, come risultato di un declino della qualità dei servizi sanitari. Un aumento annuale di un punto percentuale di esternalizzazione al settore privato a scopo di lucro corrispondeva a un aumento annuale della mortalità curabile dello 0,38% (IC95% 0,22-0,55; p=0,0016) nell'anno successivo.⁵

L'epidemiologia italiana è chiamata a documentare le conseguenze dell'attuale stato di cose sulla salute della popolazione, soprattutto di quella più fragile e deprivata, per individuare i punti più critici e le possibili vie d'uscita. L'epidemiologia è anche chiamata a formulare scenari futuri sull'evoluzione del SSN. Non tutte le strutture epidemiologiche possono essere pronte a questo compito, ma vi è la necessità di progettare studi e valutazioni collaborativi anche implementando nuovi protocolli di studio.

E&P propone quindi una call per articoli originali (anche protocolli di studio o risultati preliminari) che valutino le condizioni di salute della popolazione in relazione alla situazione attuale del SSN, possibilmente tenendo conto della posizione socioeconomica dei soggetti in studio. I temi possono riguardare gli accessi a ogni tipo di struttura sanitaria, le ospedalizzazioni, l'assistenza ai malati cronici tra cui quelli affetti da patologie già oggetto di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali), l'assistenza domiciliare e altri aspetti ritenuti rilevanti, come la salute mentale e la presa in carico delle dipendenze patologiche. Sono particolarmente suggeriti studi interregionali, che documentino eventuali differenze geografiche oltre che di condizione sociale, ovvero valutazioni di scenari futuri a seguito di diverse scelte programmatiche.

Gli articoli dovranno essere sottomessi per pubblicazione nell'apposita piattaforma entro il 25 luglio 2023

La Direzione valuterà la possibilità di pubblicare un numero monografico sul tema.

Norme per gli autori: <https://epiprev.it/page/informazioni-per-gli-autori>

Pubblicazione in forma gratuita, **lingua** italiano o inglese

per info: epiprev@inferenze.it

Bibliografia

1. Geddes da Filicaia M. **Un'altra sanità territoriale è possibile.** Epidemiol Prev 2021;45(6):446-448
2. Dirindin N. **La metafora della rana bollita: schizziamo fuori dalla pentola prima che sia troppo tardi.** Epidemiol Prev 2022;46(3):121-122
3. Maffei CM. **Il riordino dell'assistenza ospedaliera in Italia al tempo del Piano nazionale di ripresa e resilienza.** Epidemiol Prev 2022;46(3):123-125
4. Comandone A. **Assistenza ospedaliera e assistenza territoriale in oncologia dopo il Covid-19.** Epidemiol Prev 2022;46(4):230-32
5. Goodair B, Reeves A. **Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation.** Lancet Public Health 2022; 7: e638-46

quotidiano**sanità**.it

Sabato 13 MAGGIO 2023

Cronicità. Con l'integrazione dei servizi di assistenza a livello istituzionale e professionale migliora la qualità e si risparmia fino al 4% della spesa sanitaria globale. Il rapporto Ocse

La frammentazione dell'assistenza, si legge nel rapporto, è un problema chiave per le persone con bisogni sanitari complessi. Le persone con esigenze sanitarie complesse, come i pazienti con una condizione cronica, richiedono cure da diversi fornitori in più contesti sanitari. Senza un'adeguata integrazione delle cure, sottolineano i curatori del rapporto, le persone possono tentare di soddisfare i propri bisogni insoddisfatti utilizzando servizi eccessivi in modo scoordinato. Tra i casi "scuola" anche un'esperienza italiana di telemedicina integrata.

Integrazione: è questa la parola magica per migliorare efficienza e qualità delle cure per i malati cronici. Ne è convinta l'Ocse che in un nuovo rapporto, titolato non a caso "[Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Best Practices in Public Health](#)", esamina 13 case study in differenti Paesi (uno di questi è italiano) caratterizzati da una forte integrazione istituzionale e assistenziale nel campo dell'assistenza ai malati cronici in diverse situazioni e contesti.

Secondo questo rapporto l'integrazione, oltre che migliorare le performance clinico-assistenziali fa anche risparmiare con una riduzione della spesa sanitaria globale che può arrivare fino al 4% annuo mentre al contrario modelli di assistenza alle cronicità frammentati possono far lievitare la spesa fino a 4.000 euro per paziente.

Ma come si fa a integrare servizi e prestazioni? Ci sono varie strade e i 13 case study riportati dal rapporto lo dimostrano. Si passa da modelli che sono riusciti a integrare a livello nazionale o regionale questi servizi ma anche modelli di integrazione molto più piccoli in ambito di comunità locali. Ma la caratteristica comune: quella di unire gli sforzi, lavoro di equipe e soprattutto di mettere in sinergia i diversi apparati istituzionali coinvolti.

La frammentazione dell'assistenza, si legge nel rapporto, è un problema chiave per le persone con bisogni sanitari complessi. Le persone con esigenze sanitarie complesse, come i pazienti con una condizione cronica, richiedono cure da diversi fornitori in più contesti sanitari.

Senza un'adeguata integrazione delle cure, sottolineano i curatori del rapporto, le persone possono tentare di soddisfare i propri bisogni insoddisfatti utilizzando servizi eccessivi in modo scoordinato.

E, ciò non solo peggiora la loro esperienza, ma è anche pericoloso e costoso, con stime che mostrano come un'assistenza frammentata possa aumentare i costi di oltre 4.000 euro per paziente.

I paesi stanno sperimentando modelli integrati di assistenza in risposta al numero crescente di persone che vivono con bisogni sanitari complessi e rischiano di ricevere cure frammentate. Tali modelli di assistenza, spiega il rapporto, forniscono un'assistenza continua, coordinata e di alta qualità per tutta la vita di una persona. Si tratta di modelli che mirano a prevenire e gestire le condizioni croniche, migliorando così la salute della popolazione, migliorando le esperienze dei pazienti, riducendo i costi pro capite dell'assistenza sanitaria, creando un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata per gli operatori sanitari e promuovendo

l'equità sanitaria.

Come abbiamo visto il rapporto esamina 13 modelli di assistenza integrata implementati nei paesi dell'OCSE e dell'UE a 27 utilizzando un quadro convalidato di valutazione delle prestazioni. I case study raccontati dall'Ocse, coprono un'ampia gamma di modelli di assistenza integrata che vanno da piccoli progetti pilota operanti a livello cittadino a programmi nazionali che coprono intere popolazioni.

Alcuni casi operano a un livello specifico di assistenza, come l'assistenza primaria, mentre altri coprono l'intero spettro dei servizi sanitari.

I risultati e le raccomandazioni dell'Ocse spaziano quindi dalle dimensioni chiave dell'assistenza integrata, alla governance, al finanziamento, alla forza lavoro, agli strumenti digitali e ai sistemi informativi sanitari fino alla loro trasferibilità.

La governance

Molti dei case study hanno perseguito l'integrazione dell'assistenza a un livello specifico di assistenza, come l'assistenza primaria, e spesso per una malattia specifica. Solo un piccolo numero di casi opera nell'intero spettro dei servizi sanitari per intere popolazioni.

Il numero limitato di modelli di assistenza integrata che coprono intere popolazioni e tutti i servizi sanitari è in gran parte dovuto a strutture di governance frammentate nei settori dell'assistenza sanitaria e sociale.

I risultati dello studio dei casi evidenziano l'importanza di rafforzare le strutture di governance abbattendo i silos tra i sistemi amministrativi nell'assistenza sanitaria e sociale con il supporto delle principali parti interessate.

Ad esempio, a Badalona, in Spagna, i servizi sanitari e di assistenza sociale sono stati fusi in un'unica organizzazione di assistenza integrata (ICO), di proprietà del consiglio comunale. Il modello di governance dell'ICO coinvolge tutte le parti interessate, in particolare i leader politici, il che garantisce il supporto organizzativo e l'impegno nei confronti dell'ICO.

Il modello di governance ha anche creato una cultura coesa che supporta l'assistenza integrata.

Sulla base del lavoro di modellazione dell'OCSE, le strutture di governance che supportano l'integrazione dell'assistenza si dimostrano un buon investimento con stime che mostrano la possibilità di ridurre la spesa sanitaria annuale fino al 4% (come percentuale della spesa sanitaria totale).

Finanziamento e modelli di pagamento

I modelli di pagamento tradizionali, come quelli a tariffa per il servizio, secondo il rapporto Ocse, non incoraggiano il coordinamento dell'assistenza e possono contribuire ad aumentare la spesa. In diversi contesti sono stati implementati modelli di pagamento innovativi che incentivano i fornitori a fornire assistenza coordinata.

Questi nuovi modelli includono il costo del case manager; o forme di pagamenti a budget prefissati calcolati sulla tipologia di assistenza o modelli di pagamento in forma di quota mensile forfettaria che copre un insieme di prestazioni.

Forza lavoro

I pazienti con bisogni sanitari complessi necessitano di cure multidisciplinari, tuttavia, diversi ostacoli si frappongono a tale integrazione professionale prevalendo ancora in molti casi la logica a silos.

Per superare questo ostacoli l'Ocse raccomanda di sviluppare programmi di formazione dedicati per insegnare agli operatori sanitari nuove competenze hard e soft (ad es. collaborazione e costruzione di relazioni) e la promozione di nuovi ruoli professionali che supportino l'integrazione dell'assistenza.

Ad esempio, come parte della strategia della Polonia per migliorare il proprio settore sanitario primario (Primary Healthcare PLUS), il paese ha introdotto coordinatori dell'assistenza incaricati di migliorare il coordinamento tra gli operatori sanitari e tra gli operatori e il paziente.

Strumenti digitali e sistemi informativi sanitari

Gli strumenti digitali svolgono un ruolo chiave nel supportare l'integrazione dell'assistenza, come evidenziato da alcuni casi selezionati nel rapporto tra cui i servizi di telemedicina per i pazienti con malattie croniche sviluppati in Italia (vedi il case study specifico), Repubblica Ceca e Danimarca.

Nonostante il vantaggio di implementare strumenti digitali, essi, rileva il rapporto Ocse, non sono ancora ampiamente utilizzati soprattutto a causa dei bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria digitale tra pazienti e professionisti.

Per promuovere l'uso degli strumenti digitali l'Ocse segnala quindi la necessità di programmi specifici per promuovere le attività di inclusione digitale rivolte alle popolazioni vulnerabili, coinvolgendo gli operatori sanitari nella progettazione di strumenti digitali, intraprendendo solide valutazioni degli strumenti digitali per creare fiducia e implementando le competenze sanitarie digitali.

Guardando poi a un livello di intervento più ampio l'Ocse immagina la creazione di una strategia digitale globale, rafforzando la governance dei dati sanitari e costruendo nuove capacità istituzionali e operative.

Il case study italiano

[TeleHomeCare](#), sviluppato a Ceglie Messapica, in provincia di Brindisi, è un intervento digitale ideato per supportare l'assistenza domiciliare attraverso il telemonitoraggio e il teleconsulto dei pazienti affetti da una o più delle seguenti patologie croniche: scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e diabete.

L'intervento coinvolge il paziente, i caregiver dei pazienti, i medici di base, gli specialisti e gli infermieri che operano sul territorio.

Il dispositivo installato a casa del paziente – denominato Hospital-at-Home (H@H) – consente al paziente di monitorare i parametri fisiologici, condividere le misurazioni con gli operatori della sala di controllo e gli operatori sanitari.

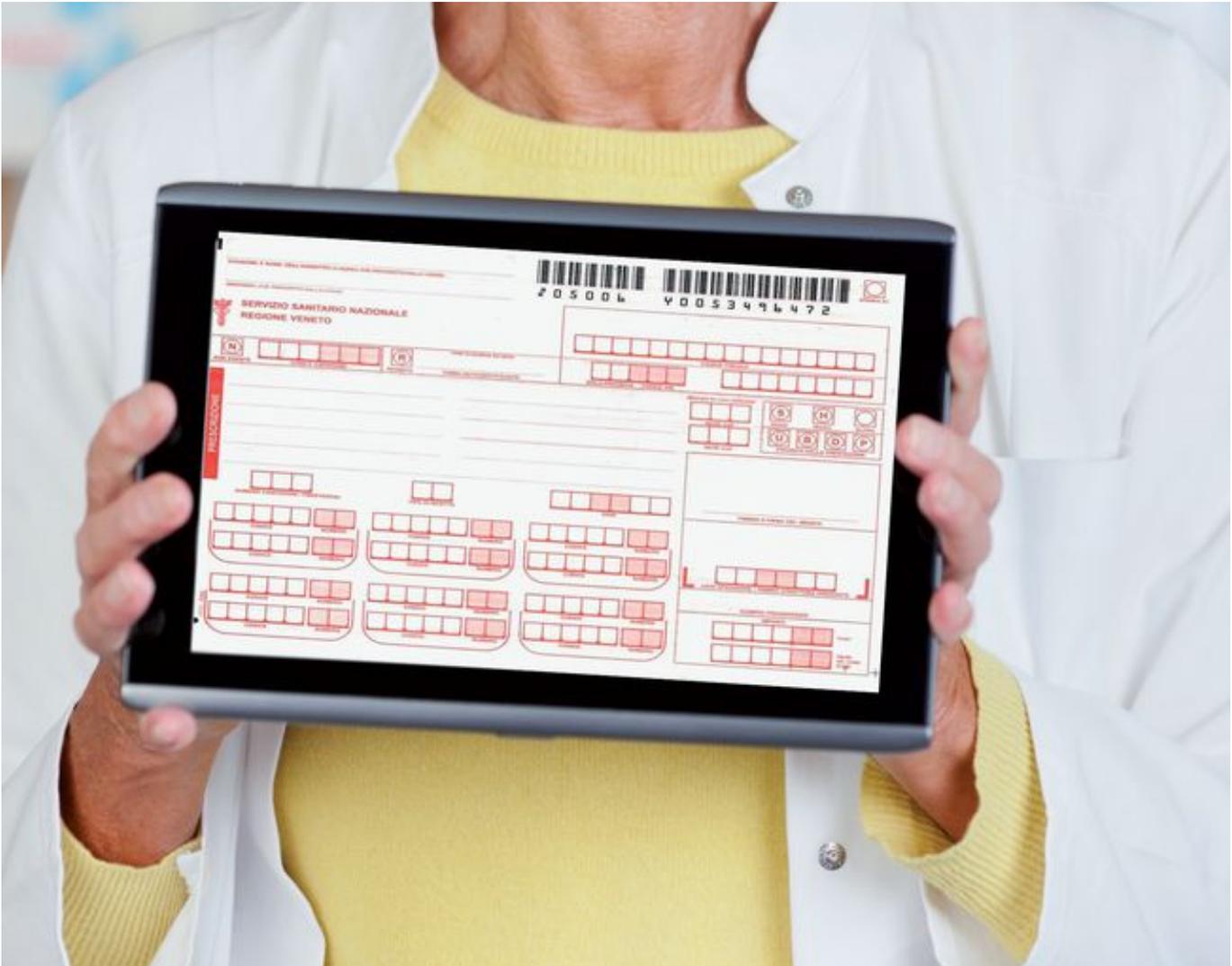
Tutti i parametri clinici dei pazienti domiciliari sono centralizzati nell'ospedale, che rispetta tutte le leggi sulla privacy. Il dispositivo consente ai medici di effettuare consultazioni a distanza con i pazienti tramite video.

Valutazione delle migliori pratiche dell'OCSE su TeleHomeCare

Criteri	Valutazione
Efficacia 	L'efficacia di TeleHomeCare non è stata valutata. La letteratura mostra che il telemonitoraggio può ridurre i ricoveri e la mortalità durante il monitoraggio dello scompenso cardiaco e della BPCO; migliorare la qualità della vita della salute mentale durante il monitoraggio della BPCO; e migliorare i risultati fisiologici durante il monitoraggio del diabete e della BPCO.
Efficienza 	TeleHomeCare costa 1 450 EUR per paziente all'anno, mentre consente di risparmiare 640 EUR nell'uso dei servizi sanitari.
Equità	I pazienti che si registrano a TeleHomeCare devono frequentare un corso di formazione per acquisire sufficiente autonomia e utilizzare il dispositivo in sicurezza. La formazione cerca di superare i limiti culturali e la scarsa attitudine all'uso dei dispositivi medici e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT).
Base di prova	Una serie di revisioni sistematiche e meta-analisi costituite da studi randomizzati è stata utilizzata per costruire la base di conoscenze sull'efficacia della telemedicina. Per il costo di TeleHomeCare a Ceglie Messapica è stata utilizzata una valutazione effettuata dall'azienda regionale di sanità pubblica.
Ampiezza della copertura	TeleHomeCare è stato testato nella città di Ceglie Messapica, vicino a Brindisi, in Italia. Non è stato ancora esteso ad altre regioni.

C.F.

Dl Semplificazioni/ Schillaci: a regime la ricetta elettronica e agevolazioni per i malati cronici



“Abbiamo reso strutturale la ricetta elettronica, sia quella rossa che quella bianca, molto apprezzata da cittadini e medici. Abbiamo ritenuto che fosse giusto porre fine alla sperimentazione e alle proroghe per semplificare il lavoro dei medici di famiglia e la vita dei cittadini che non dovranno recarsi negli studi medici ma potranno ricevere la ricetta tramite mail o altri canali sul proprio cellulare”.

È quanto dichiara il ministro della Salute Orazio Schillaci in merito alle misure per la salute contenute nel Dl Semplificazioni approvato dal Consiglio dei ministri.

Il provvedimento contiene anche un'altra importante novità che riguarda i pazienti cronici per i quali la ricetta dematerializzata sarà valida per un anno e permetterà di fare scorta di farmaci per 30 giorni di terapia, sempre in base alle indicazioni del medico.

“Un malato cronico ha bisogno periodicamente di assumere lo stesso farmaco – aggiunge il ministro - grazie a questa norma i pazienti o chi si prende cura di loro in caso di non autosufficienza, hanno il doppio vantaggio di non dover andare ripetutamente dal medico per ritirare la ricetta e ripetutamente in farmacia per ritirare i farmaci. Non dimentichiamo che molti pazienti cronici sono persone anziane, spesso affette da più di una patologia cronica, non autosufficienti o che hanno difficoltà a spostarsi. È evidente la portata semplificativa di questa

misura non solo per le persone ma anche per i medici di famiglia per i quali si alleggerisce il carico di lavoro amministrativo a vantaggio della cura dei pazienti”.

Il disegno di legge infine contiene una norma per far fronte alle carenze di medicinali che modifica l'attuale normativa rendendo più tempestiva la comunicazione in caso di carenza e agevolando l'approvvigionamento dei farmaci. In particolare, si stabilisce che la comunicazione delle aziende all'Aifa, in caso di interruzione temporanea o definitiva della commercializzazione di un farmaco, riguardi le singole confezioni dei medicinali e che la comunicazione di carenza sia effettuata entro due mesi e non più quattro. Ciò consentirà ai medici di valutare per tempo i farmaci da prescrivere per il regolare proseguimento della terapia, evitando disorientamento e disagio ai pazienti preventivamente informati.

LAVORO E PROFESSIONE

S 24 Farmacista Ssn, una professione strategica che risparmia risorse nelle aree di spreco

di *Roberta Di Turi**



In un sistema sanitario che fa acqua da tutte le parti, che sempre più delega al privato l'assistenza per la salute dei propri cittadini, c'è una professione, misconosciuta ai più, che agendo da cerniera tra prescrittori e pazienti diventa strategica per lo Stato, monitorando e governando una spesa farmaceutica che si aggira sul 2% del Pil Italiano, riducendone aree di spreco. La professione del Farmacista SSN (ospedaliero e territoriale) sembrerebbe fondamentale per la stessa tenuta del sistema sanitario, ma si svolge invece in assenza di riferimenti normativi lineari e con i consueti organici ridotti ed esausti del Servizio Sanitario Nazionale.

Un ruolo strategico dunque, che i dirigenti farmacisti del SSN esercitano in pochi (2.852, quasi tutte donne) gestendo 16 macroaree per 106 linee di attività ospedaliera e 16 macroaree per 97 linee di attività farmaceutica territoriale. Ce ne vorrebbero almeno 8500, considerato che controllano e governano la gran parte dei 32,2 miliardi di spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) grazie alle attività di farmacovigilanza, farmacosorveglianza, appropriatezza prescrittiva e allestimento in dosi unitarie all'interno delle Unità di allestimento dei farmaci

antitumorali. Dati i numeri diventa oggi più che mai necessario ripensare e ridefinire gli orizzonti della Professione del dirigente farmacista del SSN, anche alla luce della continua e crescente evoluzione tecnologica in campo sanitario, con la conseguente commercializzazione di farmaci innovativi e dispositivi medici sempre più complessi e costosi.

Come ha dichiarato il presidente di Farmindustria Marcello Cattani agli Stati Generali SINAFO da poco conclusi a Roma “L’innovazione e l’evoluzione del perimetro della professione del farmacista l’abbiamo toccata con mano durante la pandemia. Dobbiamo essere bravi come Paese e come Europa a capitalizzare il post covid. Che ha comportato l’investimento di dieci miliardi di dollari in ricerca con un’accelerazione tecnologica impressionante. Ora dobbiamo abbracciare il cambiamento col quale il farmacista deve convivere, facendo da ponte tra cittadino e medico in un sistema che cambia. Le competenze scientifiche e regolatorie dovranno essere sempre più ampie, per misurare non solo la sopravvivenza ma anche la qualità della vita dei pazienti, senza perdere di vista il controllo dei costi”.

Il farmacista ospedaliero e dei servizi territoriali dovrà dunque sempre più confrontarsi con le sfide delle innovative terapie sartoriali, con quelle dell’Intelligenza Artificiale, con l’autonomia differenziata delle regioni e la diversità dei modelli organizzativi, con il trasferimento tecnologico e l’interpretazione dei dati globali, ad esempio sull’antibiotico resistenza, con la collaborazione etica pubblico-privato, con la necessaria alfabetizzazione sanitaria diffusa della popolazione, come sottolinea da tempo Annalisa Mandorino, Segretario Generale di Cittadinanza Attiva.

In questo scenario in movimento che richiede competenze alte e specifiche, la fase di formazione diventa indispensabile. Non solo dei farmacisti, ricorda il Presidente dei direttori delle scuole di specializzazione di farmacia ospedaliera Nicola Realdon , ma una riforma organica completa di tutti coloro che lavorano nel servizio sanitario nazionale.

Questioni etiche, formative, normative, cliniche, di controllo. Ma, come sottolinea la presidente SIFACT (Società Italiana di farmacia clinica e terapia) Francesca Venturini, in Inghilterra c’è un farmacista per ogni 7 posti letto, in Italia oscilliamo tra i 35 posti letto e i 15 nelle situazioni migliori. E gli indicatori economici dell’utilità degli interventi dei farmacisti pubblici in termini di risparmio/benefici non ci sono. Mentre è sicuro che in Italia operano con una legislazione che risale al secolo scorso e con organici ridotti all’osso, cui mancano almeno 7000 unità.

Possiamo garantire qualità del servizio, puntare ad un sistema sanitario equo, efficace, efficiente. Ma per farlo abbiamo bisogno di focalizzare l’attenzione sulle strutture e sulla dotazione di organici sufficienti per assicurare un adeguato livello del servizio, che porta beneficio in molte aree.

Organici adeguati e preparati, con una iperspecializzazione ulteriormente approfondita, che si fa sul campo e nel territorio. Dobbiamo cambiare i percorsi della formazione che è oggi inequivocabilmente farmacia clinica e va declinata nelle due specializzazioni ospedaliera e territoriale. Dobbiamo essere in grado di organizzare i servizi con la barra dritta, colmando una vacatio legis invalidante. La nostra è un’offerta di prestazioni documentabili, certificabili e, si auspica, remunerabili.

**Segretario Generale del Sindacato Farmacisti SSN Sinafo e Direttore Dipartimento dei Servizi – UOC Farmacia Ospedaliera ASL Roma 3*



Comunicato stampa n. 27

Data comunicato: 14 maggio 2023

G7 Ministri Salute, Schillaci: “Forte condivisione su azioni per rafforzare salute globale e universalità

“Abbiamo condiviso un documento che pone le basi per un’efficace azione volta a rafforzare la salute globale e l’universalità della copertura sanitaria. Prevenzione, innovazione, equità, investimenti sulla forza lavoro sono alcuni dei punti su cui abbiamo espresso la posizione dell’Italia nell’ottica di un approccio collaborativo”.

Lo ha detto il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, al termine G7 dei Ministri della Salute a Nagasaki. Nel corso della seconda giornata, una sessione di lavoro si è focalizzata in particolare sull’innovazione in sanità.

“Promuovere l’innovazione sanitaria è fondamentale per sostenere il rafforzamento dell’architettura sanitaria globale e il raggiungimento della copertura sanitaria universale - ha detto Schillaci - In Italia stiamo investendo nella transizione digitale del Servizio sanitario nazionale con specifici interventi per rafforzare l’assistenza di base, anche attraverso la telemedicina, per potenziare il Fascicolo sanitario elettronico e per valorizzare la portata dell’utilizzo dei dati in termini di predittività e programmazione”.

Il Ministro ha ricordato l’impegno italiano in ambito europeo e internazionale e le attività messe in campo per fronteggiare eventuali future emergenze legate a patogeni virali così come per un rapido sviluppo delle contromisure mediche in termini di disponibilità di farmaci e dispositivi medici.

“Le contromisure mediche sono un elemento essenziale per la preparazione e la risposta a eventuali minacce di epidemia o pandemia - ha aggiunto -. A livello globale, non possiamo perdere l’opportunità di ridefinire gli strumenti utili a sviluppare una strategia globale sulle contromisure mediche con una chiara individuazione della governance, delle responsabilità e delle risorse disponibili, in una prospettiva di maggiore equità, con particolare attenzione ai Paesi a medio e basso reddito”.

G7, SCHILLACI: "ABBIAMO LE BASI PER RAFFORZARE LA SALUTE GLOBALE"

Lunedì 15 Maggio - 2023 | Di Giorgia Görner Enrile | Categorie: News Ed Eventi



"Abbiamo condiviso un documento che pone le basi per un'efficace azione volta a rafforzare la salute globale e l'universalità della copertura sanitaria. Prevenzione, innovazione, equità, investimenti sulla forza lavoro sono alcuni dei punti su cui abbiamo espresso la posizione dell'Italia nell'ottica di un approccio collaborativo". Lo ha detto il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, al termine G7 dei ministri della Salute a Nagasaki.

Per fare questo, però, bisogna: *"Promuovere l'innovazione sanitaria per sostenere il rafforzamento dell'architettura sanitaria globale e il raggiungimento della copertura sanitaria universale – ha spiegato Schillaci -. In Italia stiamo investendo nella transizione digitale del Servizio sanitario nazionale con specifici interventi per rafforzare l'assistenza di base, anche attraverso la telemedicina, per potenziare il Fascicolo sanitario elettronico e per valorizzare la portata dell'utilizzo dei dati in termini di predittività e programmazione".*

"Non possiamo perdere l'opportunità di ridefinire gli strumenti utili a sviluppare una strategia globale sulle contromisure mediche con una chiara individuazione della governance, delle responsabilità e delle risorse disponibili, in una prospettiva di maggiore equità, con particolare attenzione ai Paesi a medio e basso reddito", ha concluso.

quotidianosanita.it

14 MAGGIO 2023

Schillaci: "La nostra Costituzione riconosce la salute come diritto universale e garantisce a ogni persona l'accesso all'assistenza sanitaria affinché nessuno sia lasciato indietro"

Così il ministro della Salute intervenendo durante i lavori del G7 Salute che si è concluso oggi in Giappone. Schillaci ha anche ricordato l'importanza di promuovere la salute mentale e la protezione dell'ambiente: "Crediamo fortemente nella necessità di implementare l'approccio One Health che continuerà a rappresentare una priorità per l'Italia anche durante la presidenza italiana del G7". Nella giornata conclusiva attenzione all'innovazione con la firma di un documento unitario.

"Guardiamo avanti per consolidare ed espandere, nei prossimi anni, i progressi finora compiuti e continuare a lavorare su soluzioni comuni per una sanità globale più resiliente in un'ottica di maggiore equità".

Lo ha detto il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, intervenendo alla sessione congiunta Finanze e Salute a Nagasaki, che ha aperto sabato 13 maggio la riunione dei Ministri della Salute in occasione del G7 in Giappone.

Tre le sessioni di lavoro, tra sabato e domenica, dedicate all'Architettura sanitaria globale, la Copertura sanitaria universale e Innovazione in Sanità.

Durante la prima sessione sono stati affrontati i temi legati al rafforzamento dell'architettura sanitaria globale, alla luce del post pandemia, migliorando la capacità di prevenzione, preparazione e risposta alle minacce sanitarie.

Il Ministro Schillaci ha rimarcato "l'importanza di un approccio coordinato e di collaborazione a livello internazionale perché le emergenze sanitarie non hanno confini nazionali".

In merito alle azioni per assicurare maggiore capacità di prevenzione, preparazione e risposta a possibili crisi sanitarie, Schillaci ha ricordato anche la necessità "di investire sul personale sanitario attraverso una cultura della preparazione e prevenzione adeguata a differenti esigenze e contesti".

"Il Covid - ha detto Schillaci, intervenendo nella sessione di lavoro incentrata sul Global Action Plan - ha insegnato che investire in prevenzione è essenziale per uno sviluppo sostenibile nonché un pilastro fondamentale per la copertura universale della salute e sarà tra gli impegni della presidenza italiana del prossimo G7".

"L'Italia, come il Giappone, - ha aggiunto - ha una popolazione particolarmente longeva ma l'aspettativa di vita sta aumentando in tutto il mondo e con essa anche l'aumento di patologie, spesso croniche, e di disabilità che modificano gli stili di vita e impattano sulla spesa sanitaria. L'invecchiamento in salute è uno dei temi di salute più urgenti da affrontare e un fattore chiave per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. La pandemia ha evidenziato la necessità di interventi integrati per rispondere a bisogni sanitari e sociali e in Italia, in questo senso, stiamo riorganizzando la sanità di prossimità basata su equipe multispecialistiche e investendo sull'innovazione e su nuove modalità di assistenza come la telemedicina".

Il ministro ha anche ricordato che “l’universalità è uno dei principi fondanti del servizio sanitario: la nostra Costituzione riconosce la salute come diritto universale e garantisce a ogni persona l’accesso all’assistenza sanitaria affinché nessuno sia lasciato indietro. Dobbiamo fare uno sforzo comune per sostenere il rafforzamento dei sistemi sanitari nelle nazioni meno sviluppate economicamente, al fine di superare le disuguaglianze”.

In conclusione, ha ricordato l’importanza di promuovere la salute mentale e la protezione dell’ambiente. “Crediamo fortemente – ha detto – nella necessità di implementare l’approccio One Health che continuerà a rappresentare una priorità per l’Italia anche durante la presidenza italiana del G7”.

Nella seconda giornata di lavori partecipando alla sessione dedicata all’innovazione Schillaci ha poi annunciato che l’Italia ha condiviso un documento che “pone le basi per un’efficace azione volta a rafforzare la salute globale e l’universalità della copertura sanitaria. Prevenzione, innovazione, equità, investimenti sulla forza lavoro sono alcuni dei punti su cui abbiamo espresso la posizione dell’Italia nell’ottica di un approccio collaborativo”.

“Promuovere l’innovazione sanitaria è fondamentale per sostenere il rafforzamento dell’architettura sanitaria globale e il raggiungimento della copertura sanitaria universale – ha aggiunto Schillaci - In Italia stiamo investendo nella transizione digitale del Servizio sanitario nazionale con specifici interventi per rafforzare l’assistenza di base, anche attraverso la telemedicina, per potenziare il Fascicolo sanitario elettronico e per valorizzare la portata dell’utilizzo dei dati in termini di predittività e programmazione”.

Il Ministro ha infine ricordato l’impegno italiano in ambito europeo e internazionale e le attività messe in campo per fronteggiare eventuali future emergenze legate a patogeni virali così come per un rapido sviluppo delle contromisure mediche in termini di disponibilità di farmaci e dispositivi medici.

“Le contromisure mediche sono un elemento essenziale per la preparazione e la risposta a eventuali minacce di epidemia o pandemia – ha concluso -. A livello globale, non possiamo perdere l’opportunità di ridefinire gli strumenti utili a sviluppare una strategia globale sulle contromisure mediche con una chiara individuazione della governance, delle responsabilità e delle risorse disponibili, in una prospettiva di maggiore equità, con particolare attenzione ai Paesi a medio e basso reddito”.

Nel corso del summit Schillaci ha partecipato a diversi incontri bilaterali tra cui quello con con il Ministro della Salute, del Lavoro e del Welfare del Giappone, **Katsunobu Kato** e con il Segretario del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti d’America, **Xavier Becerra**.

Cittadinanzattiva: è emergenza salute tra infinite liste d'attesa e rinuncia alle cure



Terminata l'emergenza pandemica, i cittadini si trovano a fare i conti più di prima con le conseguenze di scelte improvvise che durano da decenni: lunghissime liste di attesa, pronto soccorso allo stremo, medici di medicina generale assenti in molte aree non per nulla definite "deserti sanitari". Il ricorso alla spesa privata aumenta ed è incompatibile con un sistema universalistico, oltre a essere possibile solo se le condizioni economiche dei singoli lo permettono. Per molte cittadine e molti cittadini l'attesa si è trasformata in rinuncia.

Sono le tante urgenze sanità che Cittadinanzattiva fotografa nel Rapporto civico sulla salute 2023, presentato oggi a Roma presso il ministero della Salute. Quest'anno il Rapporto viene diffuso all'interno di una giornata più generale dal titolo appunto "Urgenza sanità", un primo momento pubblico della mobilitazione permanente promossa da Cittadinanzattiva a difesa del Servizio sanitario nazionale. Dopo la presentazione del Rapporto, dalle ore 14 gli attivisti dell'organizzazione provenienti da numerose regioni scenderanno in piazza davanti al Ministero per manifestare le urgenze sanitarie dei loro territori. Altre iniziative si svolgeranno a livello locale anche nei prossimi giorni.

"I dati presentati in questo Rapporto e le storie che le persone raccontano ai nostri attivisti sul territorio, ci mettono nella urgenza di proclamare come cittadini lo stato di emergenza sanitaria e una mobilitazione permanente a difesa del nostro SSN, come annunciamo nel nostro Manifesto e nella petizione su Change - dichiara Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva -. Per superare l'Urgenza Sanità chiediamo che siano riaffermate cinque condizioni, cinque chiavi di accesso alla casa comune del Servizio Sanitario Nazionale: l'aggiornamento periodico e il monitoraggio costante dei Livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti ed esigibili su tutto il territorio nazionale; l'eliminazione delle liste di attesa, attraverso un investimento sulle risorse umane e tecniche, una migliore programmazione e trasparenza dei vari canali, un impegno concreto delle Regioni per i Piani locali di governo delle liste di attesa; il riconoscimento e l'attuazione del diritto alla sanità digitale per ridurre la burocrazia, comunicare meglio con i professionisti e accedere a prestazioni a distanza; la garanzia di percorsi di cura e di assistenza dei

malati cronici e rari e, in particolare, delle persone non autosufficienti, finanziando la nuova legge per gli anziani non autosufficienti e riprendendo l'iter normativo per il riconoscimento dei caregiver; l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR, con il coinvolgimento delle comunità locali e dei professionisti del territorio”.

Il Rapporto civico sulla salute, alla seconda edizione, integra i dati provenienti dalle 14.272 segnalazioni dei cittadini, giunte nel corso del 2022 alle sedi locali e ai servizi PIT Salute di Cittadinanzattiva, con dati provenienti da fonti istituzionali, accademici o della ricerca. L'obiettivo è mostrare come si traduce oggi il diritto alla salute dei cittadini nel complesso sistema del federalismo sanitario.

Accanto ai mai risolti problemi generali di liste di attesa e accesso alle prestazioni (che raccolgono quasi una segnalazione su tre, 29.6%), i cittadini denunciano carenze in tutti e tre gli ambiti dell'assistenza sanitaria, ossia quella ospedaliera (15,8%), quella territoriale (14,8) e l'area della prevenzione (15,2%). Al quinto posto la sicurezza delle cure (8,5%). Seguono le segnalazioni su accesso alle informazioni e documentazioni (4,5%), assistenza previdenziale (2,8%), umanizzazione e relazione con operatori sanitari (2,6%), spesa privata e ticket elevati (1,7%) e assistenza protesica e integrativa (1,4%).

A crescere rispetto al 2021, sono soprattutto le problematiche che riguardano l'accesso alle prestazioni (+5.8%) e quelle legate all'assistenza in ospedale (+4,4%).

URGENZA LISTE DI ATTESA E RINUNCIA ALLE CURE

Due anni per una mammografia di screening, tre mesi per un intervento per tumore all'utero che andava effettuato entro un mese, due mesi per una visita specialistica ginecologica urgente da fissare entro 72 ore, sempre due mesi per una visita di controllo cardiologica da effettuare entro 10 giorni. Sono alcuni esempi di tempi di attesa segnalati dai cittadini che lamentano anche disfunzioni nei servizi di accesso e prenotazione, ad esempio determinati dal mancato rispetto dei codici di priorità, difficoltà a contattare il Cup, impossibilità a prenotare per liste d'attesa bloccate.

Tempi di attesa per prime visite specialistiche: per le visite che hanno una Classe B-breve (da svolgersi entro 10 giorni) i cittadini che ci hanno contattato hanno atteso anche 60 giorni per la prima visita cardiologica, endocrinologica, oncologica e pneumologica. Senza codice di priorità, si arrivano ad aspettare 360 giorni per una visita endocrinologica e 300 per una cardiologica.

Tempi di attesa per visite specialistiche di controllo: Una visita specialistica ginecologica con priorità U (urgente, da effettuare entro 72 ore) è stata fissata dopo 60 giorni dalla richiesta. Per una visita di controllo cardiologica, endocrinologica, fisiologica con priorità B (da fissare entro 10 giorni) i cittadini di giorni ne hanno aspettati 60. Per una visita ortopedica, sempre con classe d'urgenza B ci sono voluti addirittura 90 giorni. Una visita endocrinologica senza classe di priorità è stata fissata dopo 455 giorni, dopo 360 giorni una visita neurologica.

Tempi di attesa per prestazioni diagnostiche: ci sono stati segnalati 150 giorni per una mammografia, con classe di categoria B breve (da svolgersi entro 10 giorni), e 730 giorni sempre per una mammografia ma con classe di categoria P (programmabile), 365 giorni per una gastroscopia con biopsia in caso di classe non determinata.

Tempi di attesa per interventi chirurgici: per un intervento per tumore dell'utero che doveva essere effettuato entro 30 giorni (Classe A), la paziente ha atteso 90 giorni, 3 volte tanto rispetto ai tempi previsti. Per un intervento di protesi d'anca, da effettuarsi entro 60 giorni (classe di priorità B), c'è stata un'attesa di 120 giorni, il doppio rispetto al tempo massimo previsto.

La quasi totalità delle Regioni non ha recuperato le prestazioni in ritardo a causa della pandemia, e non tutte hanno utilizzato il fondo di 500 milioni stanziati nel 2022 per il recupero delle liste

d'attesa. Non è stato utilizzato circa il 33%, per un totale di 165 milioni. I dati raccontano che il Molise ha investito solo l'1,7% di quanto aveva a disposizione, circa 2,5 milioni. Male anche la Sardegna (26%), la Sicilia (28%), la Calabria e la Provincia di Bolzano (29%).

Dalle indagini Istat si rileva nel 2022 una riduzione della quota di persone che ha effettuato visite specialistiche (dal 42,3% nel 2019 al 38,8% nel 2022) o accertamenti diagnostici (dal 35,7% al 32,0%) – nel Mezzogiorno quest'ultima riduzione raggiunge i 5 punti percentuali. Rispetto al 2019 aumenta la quota di chi dichiara di aver pagato interamente a sue spese sia visite specialistiche (dal 37% al 41,8% nel 2022) che accertamenti diagnostici (dal 23% al 27,6% nel 2022).

Il ricorso a prestazioni sanitarie avvalendosi di copertura assicurativa sanitaria risulta più diffuso nel Lazio (nel 2022 il 10,8% delle persone dichiara di averne fatto ricorso in caso di visite specialistiche), in Lombardia (9,7%), nella Provincia autonoma di Bolzano (9,1%) e in Piemonte (8,1%); si attesta intorno al 5% in Liguria, Emilia Romagna e Toscana, mentre nelle regioni del Mezzogiorno copre in media solo l'1,3% per le visite specialistiche.

URGENZA PRONTO SOCCORSO

Le segnalazioni più ricorrenti riguardano: eccessiva attesa per effettuare o completare il triage (18,9%) pronto soccorso affollato (15,4%), carente informazione al paziente o al familiare (9,8%), mancanza di posti letto in reparto per il ricovero (9,2%), mancanza del personale medico (8,7%), pazienti in sedia a rotelle o in barella lungo i corridoi per ore/giorni (7,5%).

Negli ultimi 10 anni facciamo i conti con una riduzione costante e cospicua delle strutture di emergenza: si conta una riduzione sul territorio nazionale di 61 dipartimenti di emergenza, 103 pronto soccorso, 10 pronto soccorso pediatrici e 35 centri di rianimazione; per quanto riguarda le strutture mobili negli ultimi 10 anni abbiamo avuto una riduzione di 480 ambulanze di tipo B, un incremento di sole 4 ambulanze di tipo A (ma nel 2019 il decremento rispetto al 2010 era di 34 unità), un decremento di 19 ambulanze pediatriche e di 85 unità mobili di rianimazione.

A livello regionale vi sono delle realtà con delle percentuali sicuramente più esigue e sotto la media sia per la presenza di DEA sia di pronto soccorso; è l'esempio di Basilicata (22,2% di DEA e PS), Calabria (43,5% di DEA e 69,6% di PS), Molise (20% DEA e 60% PS). Anche rispetto alla tempestività dell'arrivo dei mezzi di soccorso, la situazione è peggiorata significativamente e in modo preoccupante; è il caso della Calabria in cui il mezzo di soccorso arriva mediamente in 27 minuti, Basilicata 29 minuti e Sardegna 30 minuti, quando la media nazionale è di circa 20 minuti.

URGENZA PREVENZIONE

Sono sei le regioni (erano tre nel 2019) che non raggiungono la sufficienza rispetto ai criteri LEA per la prevenzione: in particolare a Sicilia, PA di Bolzano e Calabria, che mostrano i dati più bassi, si aggiungono nel 2020 Liguria, Abruzzo, Basilicata. Vaccini. Aumentano le coperture per morbillo, varicella, meningococco c, ma diminuiscono nella stagione 2021-22 quelle per il vaccino antinfluenzale soprattutto negli anziani, la cui copertura scende di ben 7 punti percentuali rispetto alla stagione precedente (58,1%). In particolare sono la P.A di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta, e la Sardegna ad avere i dati di copertura più bassi. Le migliori risultano la Basilicata (68,5) e l'Umbria (68,8%). Chi mostra i dati peggiori è la P.A di Bolzano (36,1%) e Sardegna (41,2%).

La copertura vaccinale nazionale per HPV nelle ragazze nella coorte più giovane (2009), che compiono 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 32,22%, nessuna Regione o PA raggiunge il 95%; idem per la copertura nazionale nei ragazzi nati nel 2009 che è appena al 26,75%. Screening oncologici. Calano nel 2020 gli inviti per gli screening organizzati: -29% per quello mammografico, -24% per quello coloretale e per il cervicale. La riduzione negli inviti si registra soprattutto al Nord

mentre in generale è al Sud che le percentuali di adesione agli stessi restano le più basse: per lo screening mammografico fanalino di coda sono Calabria (9% di adesione) e Campania (21%); per il colorettaie Calabria (2%) e Puglia (5%); per lo screening per il tumore alla cervice Campania (13%) e Calabria (31%).

URGENZA PERSONALE SANITARIO

I dati di una nuova indagine su 10mila professionisti

10mila operatori sanitari appartenenti a venti categorie professionali hanno partecipato alla prima indagine condotta da Cittadinanzattiva, in collaborazione con FNOPI e FNO TSRM e PSTRP, con l'obiettivo di sondare le motivazioni dei professionisti a restare o lasciare il SSN. L'8% dei professionisti coinvolti nell'indagine è relativo ad infermieri ed infermieri pediatrici appartenenti alla FNOPI, il 92% aderisce alla FNO TSRM e PSTRP, dietro queste sigle ben 18 professioni sanitarie: quelle che hanno maggiormente contribuito alla survey sono educatori professionali (15,4%), tecnici sanitari di radiologia medica (13,7%), tecnici di laboratorio biomedico (12,8%), logopedisti (9,6%), tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (6,2%), igienista dentali (4,6%), dietisti (4,2%), assistenti sanitari (4,1%).

Oltre il 46% afferma di essere soddisfatto del proprio percorso professionale, ma non altrettanto del proprio ambiente di lavoro che stimola poco o niente la realizzazione personale (per il 42,6%) e la crescita professionale (48,5%)

Oltre il 40% dichiara di avere carichi di lavoro insostenibili e uno su tre non riesce affatto a bilanciare i tempi lavorativi con quelli della vita privata. Il 31,6% denuncia di essere stato vittima, negli ultimi tre anni, di aggressione (verbale o fisica) da parte degli utenti, il 20,7% da parte di un proprio superiore e il 18,4% da parte di colleghi. E l'assenza nel posto di lavoro di un punto di ascolto psicologico è lamentata in particolare dal 65,9% degli intervistati. Nonostante queste difficoltà, i professionisti sanitari credono fermamente nel valore del SSN e nella salute come bene pubblico: la maggioranza si sente orgogliosa di contribuire personalmente a dare risposta ai bisogni sociali e sanitari del cittadino (66,9%) e quindi di poter contribuire al benessere della comunità (71,6%). Soprattutto, la maggioranza (83,5%) crede che ogni persona debba avere diritto alle cure di cui ha bisogno indipendentemente dalla gravità delle patologie o dal costo delle cure. Ciò detto, gli interpellati si dividono a metà tra chi sente di essere parte di un sistema che garantisce cure sanitarie a tutti i cittadini indipendentemente dalla loro condizione economica e sociale (46,9%) e chi non ci crede (53,1%), e praticamente solo uno su due si sente parte di un'organizzazione che tutela l'interesse pubblico (52,1%) e l'equità sociale (47,9%).

URGENZA ASSISTENZA TERRITORIALE

Focus su assistenza domiciliare, consultori, servizi di salute mentale

Assistenza domiciliare integrata. Ad oggi in Italia meno di 3 anziani over 65 su 100 è inserito in percorsi di ADI, con una forbice tra le diverse aree del paese che va da meno dell'1% in Molise, Valle d'Aosta e Provincia aut. di Bolzano, al quasi 5% (in Abruzzo). Dati decisamente più bassi rispetto alla maggior parte dei Paesi europei, mentre in controtendenza in Italia si mantiene stabile o in crescita il numero di posti letto in residenze sanitarie assistenziali. Combinando i servizi resi in ADI e le cure residenziali, si evince come diverse Regioni italiane riescano ad offrire assistenza a più di un anziano su 6. Particolarmente difficoltosa la fase di attivazione dell'assistenza domiciliare, come denuncia quasi il 34% dei cittadini che si rivolge a Cittadinanzattiva. Il 21% ritiene insufficiente il numero di giorni/ ore di assistenza erogati insufficienti, il 17% inadeguata la gestione del dolore (17,4%), l'8% carente l'assistenza psicologica.

Consultori familiari. Istituiti nel 1975, l'attuale Decreto di riforma dell'assistenza territoriale ne prospetta un rilancio prevedendone 1 ogni 20.000 abitanti con possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. La situazione attuale è molto diversificata nei territori. In Italia ci sono 2.227 consultori attivi a fronte di uno standard minimo di 2.949: rispetto alla popolazione, il rapporto medio è di 1 ogni 35 mila residenti, nel 2008 era 1/28.000, nel 1993 era di 1/20.000. Dunque numeri in costante decrescita per un servizio centrale per la prevenzione e la promozione della salute, soprattutto per le giovani generazioni e per le donne. Solo in 5 Regioni e una Provincia autonoma - Valle D'Aosta, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Basilicata e PA di Bolzano - il numero medio di residenti è compreso entro i 25.000, mentre in 6 Regioni ed una Prov. Aut. - Lombardia, Veneto, FVG, Lazio, Molise, Campania e PA di Trento - il numero medio è superiore a 40.000 residenti per consultorio, che quindi copre un bacino di utenza più che doppio rispetto a quanto previsto dal legislatore.

Anche a livello di composizione delle equipe che vi lavorano, il quadro è assai variegato: la disponibilità della figura del ginecologo varia da 5,4 (PA Bolzano) a 22,4 ore a settimana (Emilia-Romagna) mentre quella dell'ostetrica da 12,4 (Liguria) a 80 ore (PA Trento). Le ore settimanali dello psicologo variano da 1,9 (Piemonte) a 31,2 (Lombardia) mentre quelle dell'assistente sociale da 0 (Valle d'Aosta) a 29,8 (Basilicata).

Diversificato anche il numero di ore e i giorni in cui i servizi restano aperti: le medie più basse, 22-26 ore a settimana, si registrano per le strutture di Piemonte, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata, mentre quelle più elevate, 35-37 ore settimanali, si registrano in Lombardia, PA di Trento, Molise e Calabria. Complessivamente il 10,2% è aperto di sabato, era il 14% nel 2008. In Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Campania questa modalità è del tutto assente ed è poco diffusa in Piemonte, Veneto, Lazio, Sicilia e Sardegna. La quasi totalità dei consultori del Nord, Centro e Sud, svolge attività nell'ambito della salute della donna; le attività nell'area adolescenti/giovani e nell'area coppia/ famiglia e adozioni sono riportate con percentuali più basse soprattutto nelle strutture del Centro mentre in più dell'80% del Sud si effettua attività in tutte e tre le aree.

Salute Mentale. Su cento segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva in tema di assistenza territoriale, il 27,8% di esse fa esplicito riferimento alla salute mentale, in forte aumento rispetto al dato del 2021 pari al 12,8%. Le segnalazioni delineano uno scenario di crescente deficit strutturale dei servizi di salute mentale: l'assenza o quanto meno la palese carenza di intervento del servizio pubblico fa sì che la gestione se non proprio la cura del paziente psichiatrico sia demandata in moltissimi casi interamente alla famiglia. Le segnalazioni più frequenti nell'ambito della salute mentale raccontano le grandi difficoltà che gravano sui pazienti e sulle loro famiglie, se non proprio la disperazione per la gestione di una situazione ormai diventata insostenibile a livello familiare (lo denuncia quasi il 28%), la carenza di figure sanitarie sul territorio (17%), la scarsa qualità dell'assistenza (14,4%), la mancanza o carenza di strutture e centri pubblici (10,8) lo strazio legato alle procedure di attivazione del trattamento sanitario obbligatorio (9%), gli effetti delle cure farmacologiche (8,1%), la difficoltà di accesso alle cure pubbliche (4,5%).

URGENZA PNRR

Online una piattaforma interattiva su Case ed Ospedali di Comunità

Grazie ad una collaborazione tra Cittadinanzattiva e Fondazione Openpolis, è stato avviato un monitoraggio sul tema dell'assistenza territoriale a partire dalla mappatura degli interventi previsti dal PNRR. Il lavoro si è basato sulla raccolta dei dati sui singoli interventi previsti dai contratti istituzionali di sviluppo stipulati dal Ministero della salute e dalle singole Regioni. Questi sono stati successivamente georeferenziati e arricchiti con ulteriori informazioni estratte da siti istituzionali e

documenti pubblici. La fotografia è contenuta in un report pubblicato da Openpolis e da Cittadinanzattiva “Il PNRR e la sanità territoriale”, navigabile nei suoi focus regionali al seguente link <https://openpnrr.it/tema/medicina-territoriale/> (piattaforma OpenPNRR). I dati disponibili sulle Case e gli Ospedali di Comunità ci permettono di verificare che, come previsto dal PNRR, la programmazione e la collocazione delle strutture ha rispettato gli standard previsti dalla riforma del DM 77/22: avremo una Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti, mentre con un numero inferiore di abitanti è stata prevista una Casa spoke. Ma dai dati è altrettanto chiaro che ci saranno molti territori soprattutto appartenenti ad aree interne che, caratterizzati da un numero basso di abitanti, rimarranno senza questo servizio. Il modello previsto dalla riforma del DM 77/22 non riesce a tenere conto delle differenze territoriali. La prossimità in alcuni territori richiede di integrare le strutture con la loro digitalizzazione (COT e la telemedicina), di valorizzare quello che già è disponibile nei territori, adottando un approccio di comunità.

Diabete: verso la creazione di cellule staminali efficaci e «pronte all'uso»

Messe a punto cellule staminali geneticamente modificate per essere «invisibili» al sistema immunitario. Utilizzate per produrre cellule del pancreas, gli scienziati dell'azienda Sana Biotechnology di San Francisco, in California, sono state in grado di curare i topi con diabete di tipo 1 senza il rischio di pericolosi attacchi da parte delle difese immunitarie

di Valentina Arcovio



Messe a punto **cellule staminali** geneticamente modificate per essere «invisibili» al sistema immunitario. Utilizzate per produrre **cellule del pancreas**, gli scienziati dell'azienda Sana Biotechnology di San Francisco, in California, sono state in grado di curare i topi con **diabete di tipo 1** senza il rischio di pericolosi attacchi da parte delle **difese immunitarie**. Il risultato, descritto sulla rivista **Nature Biotechnology**, rappresenta un ulteriore passo in avanti verso il trattamento di una vasta gamma di malattie con **tessuti o organi** «pronti all'uso», anziché doverli creare da zero per ogni persona.

Eliminati due geni che rendono le staminali «estrane» visibili al sistema immunitario

Le **cellule staminali**, simili a quelle degli embrioni, possono essere indotte a moltiplicarsi e a svilupparsi in diversi tessuti, e si spera che possano essere trapiantate nelle persone per trattare una serie di condizioni, tra cui **infarti e ictus**. Tuttavia, le cellule prese da una persona e inserite in un'altra vengono generalmente attaccate ed eliminate dal **sistema immunitario**. Per evitare questi problemi, il team della scienziata **Sonja Schrepfer** ha sviluppato una tecnica per modificare geneticamente le cellule in modo da farle diventare

«invisibili» al sistema immunitario. La procedura prevede la rimozione di due geni che codificano per **molecole di superficie** che sono richieste per il riconoscimento del sistema immunitario come «estrane», e viene aggiunto un gene che fa produrre alle cellule una molecola chiamata **CD47**, che normalmente impedisce all'immunità di attaccarle.

Le cellule staminali sono state testate con successo nei topi con diabete di tipo 1

All'inizio i ricercatori hanno testato le cellule in una versione «**pluripotente**», ovvero con il potenziale di essere trasformate in diversi tessuti ed organi, prelevate da un **macaco rhesus** e poi inserite nei muscoli della gamba di altri quattro macachi rhesus. Le cellule sono sopravvissute senza segni di attacchi da parte del **sistema immunitario** fino a quattro mesi, dopodiché i macachi sono stati soppressi. Al contrario, le cellule inserite che non avevano subito le modifiche genetiche sono state distrutte dai sistemi immunitari dei macachi entro tre settimane. Successivamente, le **cellule staminali** sono state testate come trattamento per il **diabete di tipo 1**, malattia causata dalla perdita di cellule pancreatiche che producono l'insulina. Le cellule staminali sono state trasformate in **cellule pancreatiche** e inserite nei topi affetti dalla malattia. I test del sangue hanno mostrato una riduzione dei sintomi del diabete. Questi risultati rappresentano un passo importante verso la creazione di **terapie cellulari** «pronte all'uso». «La visione è che abbiamo cellule per chiunque, sempre e ovunque», dice Schrepfer.

Medici a gettone, ricette e ritocchi estetici dal dentista: le novità in arrivo per dottori e pazienti

di Nicola Barone

14 maggio 2023

Ricetta elettronica «strutturale», misure per far fronte alle carenze di medicinali, semplificazione della pubblicità dei farmaci e possibilità, per i dentisti, di eseguire attività di medicina estetica in specifiche parti del viso. Sono alcune delle novità in materia di salute contenute nel disegno di legge di delega al Governo per la semplificazione approvato giovedì dal Consiglio dei ministri.

Farmaci per 30 giorni di terapia

Niente più attese negli studi dei medici di famiglia, dunque, per ricevere la prescrizione di un farmaco. Entra infatti a regime, dopo un periodo di sperimentazione, la ricetta elettronica o dematerializzata. La si potrà ricevere direttamente sul cellulare. Con una novità importante per i malati cronici: la ricetta dematerializzata sarà valida per un anno e permetterà di fare scorta di farmaci per 30 giorni di terapia, sempre in base alle indicazioni del medico.

Schillaci: giusto porre fine alla sperimentazione

«Abbiamo reso strutturale la ricetta elettronica, sia quella rossa che quella bianca - ha affermato il ministro della Salute Orazio Schillaci - molto apprezzata da cittadini e medici. Abbiamo ritenuto che fosse giusto porre fine alla sperimentazione e alle proroghe per semplificare il lavoro dei medici di famiglia e la vita dei cittadini, che non dovranno recarsi negli studi medici ma potranno ricevere la ricetta tramite mail o altri canali sul proprio cellulare». Allo stesso tempo, per i medici di famiglia si alleggerisce il carico di lavoro amministrativo a vantaggio della cura dei pazienti.

Consigliati per te

[Accedi e personalizza la tua esperienza](#)

Agevolato l'approvvigionamento delle medicine

Lo stesso provvedimento opera sul fronte delle carenze di medicinali agevolando l'approvvigionamento dei farmaci. In particolare il provvedimento uscito dal Consiglio interviene per rendere disponibili medicinali di rilevanza clinica non ancora dotati di autorizzazione all'immissione in commercio (Aic) in un contesto regolamentato e per semplificare la pubblicità legale relativa ai farmaci, eliminando gli adempimenti connessi alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale e consentendo la pubblicazione sul sito dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Inoltre punta a semplificare le procedure autorizzative delle acque minerali naturali (destinate ad imbottigliamento e ad uso termale); ad

Polizia in ospedale e gettonisti

Maglie meno rigide rispetto alle previsioni iniziali per l'utilizzo dei medici gettonisti, possibilità di istituire posti di Polizia fissi negli ospedali e stabilizzazione dei ricercatori del Servizio sanitario nazionale. Arrivano invece dal decreto bollette, per il quale è stato completato l'esame degli emendamenti da parte delle commissioni riunite Finanze e Affari sociali della Camera, ulteriori cambiamenti in ambito sanitario. Il testo, con le modifiche apportate, approderà in Aula alla Camera il 17 maggio.

Mutui agevolati Enpam, via libera anche per medici over 40

Quaranta milioni stanziati per finanziare l'acquisto o la ristrutturazione di casa o studio professionale. Domande aperte dal 31 maggio all'11 settembre

di Chiara Stella Scarano



È ancora più facile oggi, per i camici bianchi **Enpam**, ottenere un **mutuo** per comprare o ristrutturare casa o studio professionale. La Fondazione, infatti, ha ampliato la platea di quanti potranno fare domanda per i **mutui ad accesso agevolato** erogati in favore dei propri iscritti, che altrimenti, come nel caso dei più giovani, avrebbero difficoltà ad ottenere il finanziamento da parte di una banca. Il CdA di Enpam ha stanziato un budget di **40 milioni di euro** per finanziare la misura di sostegno che, nel nuovo bando 2023, includerà **anche i medici e i dentisti al di sopra dei 40 anni**. La richiesta di mutuo deve essere presentata attraverso l'area riservata del sito Enpam, a partire dalle 12 del prossimo 31 maggio e **fino alle 12 dell'11 settembre 2023**.

Cosa copre il budget

Dei 40 milioni stanziati dall'Enpam, la metà (**20 milioni**) andrà a coprire mutui per **l'acquisto o la ristrutturazione della prima casa** (o per la sostituzione di un mutuo già stipulato), per giovani camici bianchi **sotto i 40 anni**. **10 milioni** sono destinati a sostenere l'acquisto o la ristrutturazione della prima casa, o la sostituzione di un mutuo esistente, **senza limiti di età**. Sempre senza limiti di età per gli iscritti è l'accesso ai **restanti 10 milioni**, che serviranno a

finanziare **l'acquisto o la ristrutturazione dello studio professionale**, o per sostituire un mutuo esistente. Possono presentare domanda di mutuo per l'acquisto dello studio anche medici o **dentisti** riuniti in associazione o in società di professionisti.

Le opzioni di finanziamento

Per quanto riguarda **l'acquisto della prima casa o di uno studio professionale**, Enpam mette a disposizione prestiti **fino a 300mila euro** o comunque **fino all'80% del valore dell'immobile**. La somma potrà essere utilizzata anche per la sostituzione di un mutuo ipotecario esistente contratto in precedenza. Per l'esecuzione di lavori di **ristrutturazione o ampliamento** dell'abitazione di proprietà o dello studio professionale, invece, è possibile chiedere **fino a 150mila euro**.

I tassi d'interesse

Veniamo ai tassi d'interesse: nel bando 2023 la parte applicata dall'Enpam rimane **dell'1,95%**, da sommare al tasso di riferimento stabilito dalla **Banca centrale europea**, che ad ora è del **3,75%**. Il tasso fisso annuo dei mutui erogati dall'Enpam, quindi, al momento è del **5,7%**, tuttavia, farà fede il tasso ufficiale Bce in vigore al momento della stipula dell'atto notarile. Se però, successivamente alla concessione del mutuo, l'iscritto dovesse trovare condizioni migliori, potrà chiedere di trasferirlo ad una banca tramite surroga.

I requisiti per fare domanda

Per fare domanda gli iscritti devono avere un **reddito lordo annuo medio degli ultimi tre anni non inferiore a 34.149,70 euro**. Gli iscritti **under 40**, titolari di **partita Iva con regime fiscale agevolato**, possono invece accedere ai mutui se hanno un reddito lordo medio annuo da lavoro personale degli ultimi due o tre anni **non inferiore a 20mila euro**. I medici **specializzandi e i corsisti in medicina generale**, sempre al di sotto dei 40 anni, possono accedere al bando dimostrando mediante la **dichiarazione dei redditi**, la retribuzione relativa alla loro borsa o al contratto di formazione. In ogni caso è necessario non avere in corso alcun finanziamento o mutuo erogato da Enpam, compresa la rateizzazione dei contributi previdenziali pregressi non versati, ed è anche necessario avere **almeno un anno di anzianità minima d'iscrizione ed effettiva contribuzione** ed essere in regola con gli adempimenti in materia di iscrizione e contribuzione.

Lunedì 15 MAGGIO 2023

Ora ricetta elettronica anche per i farmaci sedativi e ipnoinducenti

Gentile Direttore,

plaudo al Ddl Semplificazioni che promuove l'utilizzo della ricetta dematerializzata, ma il cerchio non è ancora chiuso; manca ancora un tassello, riguarda i farmaci compresi nella tabella B ai sensi dell'art. 14 del DPR 309/90, modificato dal DL 36/2014, per capirci i farmaci sedativi (benzodiazepine) e ipnoinducenti (sonniferi): per questi farmaci la carta sopravvive, eccome!

Vige ancora il Regio Decreto del 1934 (testo unico sulle leggi sanitarie) che impone dispensazione di BZD (benzodiazepine) e di sonniferi tramite ricetta cartacea con timbro e firma olografa del medico prescrivente. E su codesto scoglio s'infrange il tentativo di porre fine alle processioni verso gli ambulatori dei pazienti - per lo più anziani, che di tali farmaci fanno ampio uso - costretti a recarsi dal loro medico per farsi rilasciare la ricetta cartacea, nonostante le software house dei gestionali usati dai medici di famiglia abbiano da tempo predisposto tanto la firma elettronica qualificata da apporre sulla versione dema della ricetta di quei farmaci, quanto per il farmacista un agile strumento on line idoneo ad evitare che il paziente possa usare il promemoria di quella dema illimitate volte presso multiple farmacie.

Osserviamo che da anni i referti di esami di laboratorio come di esami radiologici, le stesse lettere di dimissione dei pazienti quanto i referti di visite specialistiche o i verbali del pronto soccorso siano sottoscritti con firma elettronica e pertanto siano facilmente scaricabili dal web.

Perché nel Ddl Semplificazioni ci si è dimenticati di codesto "tassello", indispensabile a completare il puzzle della definitiva dematerializzazione della prescrizione da parte dei medici?

Luca Barbacane

Medico di Famiglia a Martellago (Ve)

Urgenza sanità: in Piemonte si attendono tre anni per una cataratta. Pediatri e medici di famiglia sono troppo pochi

Dopo la mobilitazione permanente “Urgenza Sanità”, proclamata da Cittadinanzattiva, Sanità Informazione ha incontrato i delegati regionali dell’organizzazione per accendere i riflettori sulle peculiari criticità delle diverse aree della Penisola. Cominciamo il nostro viaggio dal Nord, sotto la guida di Mara Scagni, segretario di Cittadinanzattiva Piemonte

di Isabella Faggiano



Mario (il nome è di fantasia), dopo una visita oculistica, ha ricevuto una diagnosi di cataratta ed ha urgente bisogno di un intervento chirurgico, altrimenti, nel giro di poco tempo, perderà del tutto la sua autosufficienza. Peccato, che per sottoporsi a questo **intervento “urgente”** dovrà attendere tre lunghi anni. Mario ha ottant’anni e non è così sicuro che riuscirà a spegnere quella ottantatreesima candelina. Mario è uno dei tanti cittadini che, stufo di dover fare continuamente i conti con i disservizi del Sistema Sanitario della sua Regione, il Piemonte, si è rivolto al Tribunale per i Diritti del Malato di **Cittadinanzattiva**.

Oculistica: liste d’attesa lunghe tre anni

«Le liste di attesa per prestazioni, visite, interventi chirurgici, sono troppo lunghe in Piemonte, così come nella stragrande maggioranza delle Regioni italiane – dice **Mara Scagni**, segretario di Cittadinanzattiva Piemonte, in un’intervista a *Sanità Informazione*. Ma l’oculistica è, senza dubbio, tra le specialistiche che meno riesce a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. L’attesa media è di due anni e mezzo-tre». La storia di Mario è emblematica, poiché racchiude il disagio di tantissimi, troppi, cittadini che con un semplice

intervento chirurgico, come quello per la cataratta divenuto ormai di routine, potrebbero migliorare in modo decisivo la loro qualità di vita. Miglioramento che, puntualmente, gli viene negato da un sistema sanitario totalmente ingolfato.

Fare una radiografica può diventare un calvario

Attese altrettanto infinite sono “riservate” a quei pazienti che hanno la necessità di sottoporsi ad esami di **diagnostica per immagini**. «Nemmeno chi è ricoverato in un reparto ospedaliero ha la garanzia di poter fare una radiografia, una tac o una risonanza magnetica immediatamente, al bisogno. In alcuni ospedali – racconta il segretario di Cittadinanzattiva Piemonte – il reparto di diagnostica per immagini consente di usufruire dei propri servizi ai degenti solo tre giorni a settimana. La conseguenza è facilmente deducibile: se un paziente ricoverato ha la necessità di rx e non vi è disponibilità nel giro di poco tempo, dovrà prolungare la sua degenza solo per potersi sottoporre all’esame radiologico. Il tutto con un aggravio economico non trascurabile per le casse del SSR. Il maggior numero di segnalazioni di questo tipo – aggiunge Scagni – ci sono pervenute dai cittadini di Asti».

Piemonte: un territorio difficile

Come in tutte le Regioni, anche il Piemonte dispone di un Centro Unico di Prenotazione (CUP) a cui tutti i residenti possono rivolgersi per prenotare la prima prestazione disponibile nell’intero territorio regionale. «Tuttavia – sottolinea Scagni – **spostarsi da un territorio all’altro** non è sempre cosa semplice. In Piemonte i collegamenti pubblici sono quasi del tutto inesistenti e per spostarsi da una città all’altra è necessario disporre di auto e, nel caso di un paziente non autosufficiente, di un caregiver che faccia da accompagnatore». Gli ostacoli creati da un territorio dalla morfologia difficile potrebbero essere, almeno in parte, superati da una maggiore diffusione della telemedicina. «Purtroppo, però, esistono territori in Piemonte, anche piuttosto vasti, in cui non è ancora disponibile la copertura in fibra per il collegamento internet», prosegue il segretario regionale di Cittadinanzattiva Piemonte.

L’assistenza territoriale

Pediatri e medici di medicina generale sono del tutto inadeguati al numero di abitanti. «Laddove **i pediatri scarseggiano** i genitori sono costretti a rivolgersi alle strutture ospedaliere e i medici in pensione a rendersi disponibili per le sostituzioni – spiega Scagni – . I massimali dei medici di famiglia sono di 1.800 pazienti e per coloro che non possono contare sul sostegno di assistenti di studio, dalla segretaria ai professionisti sanitari di supporto, il carico di lavoro è difficilmente sostenibile». E chi si aspetta che la rete dell’assistenza territoriale possa essere rinvigorita dai progetti del PNRR, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, potrebbe rimanere deluso. «In Piemonte gli investimenti del PNRR sono rivolti alla ristrutturazione di edifici già esistenti e, seppure alcuni di questi dovessero essere trasformati in case della comunità, ovvero in presidi di assistenza territoriale, sarà difficile immaginare dove e come reperire i sanitari da impiegare al loro interno. Il capitale

Celiaci, al via la settimana nazionale: 400mila persone non sanno di esserlo. Ecco i falsi miti da sfatare...

In tutta Italia, dal 13 al 21 maggio 2023, torna la Settimana Nazionale della Celiachia: 9 giorni di approfondimenti ed eventi per sfatare falsi miti e fake news su celiachia e dieta senza glutine

di Isabella Faggiano



Se qualcuno ha sentito dire, e se n'è convinto, che «la **dieta senza glutine** fa dimagrire» e che anche «chi non è celiaco può seguirla per trarne benefici», sappia che sta dando credito a delle vere e proprie fake news. Che «la celiachia sia un'allergia al grano, che sia una condizione temporanea» o che «una persona possa essere più o meno celiaca quindi, ogni tanto, è possibile "trasgredire" alla dieta senza glutine» sono solo alcuni dei più comuni falsi miti. A sfatarli, alla vigilia della Settimana Nazionale della Celiachia, che torna in tutta Italia dal 13 al 21 maggio 2023, è l'**AIC**, l'Associazione Italiana Celiachia. La Settimana, organizzata in vita della **Giornata Internazionale della Celiachia** che si celebra il 16 maggio, giunge quest'anno alla sua ottava edizione. Per l'occasione, le 21 AIC territoriali associate hanno programmato nove intense giornate di approfondimenti ed eventi per sensibilizzare e fare corretta informazione sulla questa patologia.

La Giornata Internazionale della Celiachia

La celiachia, solo in Italia, riguarda quasi 242mila pazienti, con un rapporto maschi-femmine di 1 a 2. Secondo i dati del Ministero della Salute (Relazione annuale al Parlamento anno 2021), si stima che la celiachia riguardi l'1% della popolazione italiana, il che porta a ipotizzare circa 600mila persone celiache, di cui quasi 400mila ancora non diagnosticate.

«La Settimana Nazionale – spiega **Rossella Valmarana**, presidente di AIC – Associazione Italiana Celiachia – è l'occasione per ricordare l'importanza della diagnosi precoce, fondamentale forma di prevenzione delle complicanze, anche gravissime, che una diagnosi tardiva può portare. Oggi, in Italia, abbiamo uno strumento prezioso: nella Legge di Bilancio 2023 è infatti previsto un investimento economico per uno screening che identifichi bambini e ragazzi a rischio di sviluppare celiachia o diabete di tipo 1 e che potrà contribuire a far emergere il sommerso dell'iceberg della celiachia».

La celiachia

La malattia Celiaca o Celiachia è **una infiammazione cronica dell'intestino tenue**, scatenata dall'ingestione di glutine in soggetti geneticamente predisposti. È caratterizzata da un quadro clinico molto variabile che va dalla diarrea profusa con marcato dimagrimento, a sintomi extra-intestinali, all'associazione con altre malattie autoimmuni. La diagnosi si effettua con analisi del sangue di specifici anticorpi e biopsia dell'intestino tenue. Gli accertamenti diagnostici devono essere eseguiti in corso di dieta comprendente il glutine. L'unica terapia disponibile per la celiachia è la dieta senza glutine e va eseguita per tutta la vita.

Gli appuntamenti

Corsi di cucina senza glutine per adulti e bambini, screening e consulenze mediche gratuiti, incontri e consigli di dietisti e nutrizionisti, online e in presenza, iniziative di divulgazione e informazione a contatto diretto con gli esperti. Ancora, **open day** delle sedi AIC territoriali per informare e distribuire materiale e gadget alla popolazione, laboratori per bambini e letture di fiabe su celiachia e inclusione, sono alcuni dei numerosi appuntamenti dedicati alle persone celiache, ma non solo, in programma in tutta la Penisola (Il calendario completo degli appuntamenti è disponibile su settimanadellaceliachia.it)

Tra i banchi di scuola

Uno spazio importante è dedicato alle scuole con "**Tutti a tavola, tutti insieme: le giornate del menù senza glutine**", iniziativa che prevede un menù completamente senza glutine per tutti nelle mense delle scuole dell'infanzia e della primaria di oltre 100 comuni italiani: solo nell'edizione passata sono stati distribuiti più di 150mila pasti senza glutine. L'iniziativa è l'occasione per sensibilizzare e informare studenti, famiglie e insegnanti sulla celiachia e la dieta senza glutine grazie al materiale divulgativo creato appositamente e messo a disposizione da AIC. Sul sito settimanadellaceliachia.it è inoltre possibile scoprire le più diffuse fake news sulla celiachia, mettere alla prova le proprie conoscenze con un quiz digitale e scaricare materiale utile.

S 24 Cittadini (Aiop): con il nuovo Statuto, rappresentati anche il territorio e la socio- residenzialità



“Oggi Aiop è una realtà rinnovata, che può rappresentare pienamente non solo l’ospedalità ma, anche, le strutture sanitarie e socio-sanitarie dedicate alla presa in carico delle cronicità, della non autosufficienza e del fine vita, in una cognizione di tutela sempre più ampia e globale”. Così Barbara Cittadini, presidente nazionale di Aiop, in occasione della 60a Assemblea generale dell’Associazione.

“Aiop – prosegue Cittadini - grazie a una profonda revisione del proprio Statuto dà concretezza a un’idea moderna di salute, che, interpretando l’offerta sanitaria in maniera integrata, segue il continuum della complessità assistenziale: dalle cure primarie all’alta specialità, dal territorio all’ospedale”.

Il nuovo Statuto dell'Associazione è stato approvato questa mattina, durante la tre giorni in corso a Lecce, presso il Teatro Politeama Greco.

“Da oggi – aggiunge la Presidente Aiop - è possibile includere nella nostra Associazione tutte le strutture sanitarie che, in vario modo, tutelano il diritto costituzionale alla salute e che rispondono a bisogni sempre più differenziati della popolazione, attraverso le tipologie assistenziali più appropriate ed efficienti: non solo, quindi, gli ospedali per acuti e le post-acuzie ma, anche, le strutture diurne e della socio-residenzialità”.

Cittadini quindi precisa: “Aiop, oggi, pur salda e orgogliosa della sua storia, non rinuncia a raccogliere le sfide di un welfare sempre più articolato, non rinuncia a interpretare con lungimiranza la variata dialettica tra l'ospedalità, la socio-residenzialità e la territorialità. Non un semplice maquillage – conclude la Presidente - ma una vera ristrutturazione per rispondere meglio alle esigenze del settore e del Paese”.

La rapamicina è un farmaco in grado di estendere la vita media dei topi, ma funziona anche sull'uomo?

di Aureliano Stingi



È una delle molecole più studiate in ambito longevità. Studi hanno dimostrato che la somministrazione nei topi ed in altri animali da laboratorio è in grado di estendere la durata della vita media. Ma questi risultati si possono estendere sugli esseri umani? Facciamo un po' di chiarezza

15 MAGGIO 2023 ALLE 07:37

3 MINUTI DI LETTURA

La corsa alla longevità non è una recente moda, ma è un campo della biologia studiato ormai da moltissimi anni; ricercatori e scienziati di tutto il mondo hanno sperimentato molecole, strategie e farmaci per comprendere e successivamente allungare la durata della vita. Una delle molecole più studiate in ambito longevità è la rapamicina.

Che cos'è la rapamicina

La rapamicina è un farmaco che agisce come inibitore di mTOR (*mammalian target of rapamycin*), una proteina che gioca un ruolo fondamentale nella regolazione del metabolismo cellulare, della crescita e della sopravvivenza.

La rapamicina è stata originariamente isolata sull'isola di Rapa Nui da un batterio del suolo, *Streptomyces hygroscopicus*, ed è stata introdotta inizialmente come farmaco immunosoppressore per prevenire il rigetto di organi trapiantati. Successivamente, si è scoperto che la rapamicina può anche avere effetti antitumorali, antinfiammatori e anti-invecchiamento.

La rapamicina si lega ad mTOR che funziona come un sensore di nutrienti e di energia, monitorando il livello di aminoacidi, glucosio, grassi e altri fattori che influenzano lo stato nutrizionale della cellula. Quando i nutrienti sono abbondanti, mTOR si attiva e promuove la crescita e la proliferazione cellulare, aumentando la sintesi proteica e inibendo la degradazione proteica. Inoltre, mTOR promuove la produzione di energia attraverso la glicolisi e la sintesi di lipidi.

Al contrario, quando i nutrienti sono scarsi, mTOR si inibisce, riducendo la sintesi proteica e attivando la degradazione proteica per fornire aminoacidi alla cellula. Inoltre, mTOR inibisce la glicolisi e la sintesi di lipidi per risparmiare energia.

Quindi la rapamicina legandosi ad mTOR "mima" l'assenza di nutrienti causando una riduzione dei processi metabolici della cellula.

Come può la rapamicina agire sia come antitumorale che come farmaco antirigetto?

La rapamicina esercita la sua attività anti-tumorale inibendo mTOR che regola sia la produzione proteica che la proliferazione cellulare, possiamo immaginare mTOR con un acceleratore molecolare che viene sfruttato dalle cellule tumorali le quali proliferano senza controllo. La rapamicina inibendo la proliferazione cellulare rallenta moltissimo la crescita dei tumori.

LUNGA VITA [L'archivio completo](#)

mTOR oltre a controllare processi metabolici, proliferazione cellulare e sintesi proteica è coinvolta nell'attivazione dei linfociti T e quindi nel corretto funzionamento del sistema immunitario. I linfociti T possono essere definiti il "braccio armato" del sistema immunitario e sono cellule specializzate nella distruzione di agenti patogeni e di elementi non-self.

In caso di trapianto di organo o tessuto il nostro sistema immunitario si attiva e riconosce come non-self il nuovo organo. I linfociti T sono i principali responsabili della distruzione degli organi trapiantati ecco perché è fondamentale assumere dopo il trapianto una terapia immunosoppressiva. La rapamicina inibendo mTOR riduce anche l'attivazione dei linfociti T e quindi la risposta deleteria contro gli organi trapiantati.

Diversi studi hanno dimostrato che la somministrazione di rapamicina nei topi ed in altri animali da laboratorio è in grado non solo di estendere la durata della vita media, ma anche di proteggere da alcune malattie degenerative e metaboliche.

Il potente effetto sulla longevità della rapamicina sugli animali da laboratorio si applica anche all'uomo?

Al momento non possiamo rispondere. Gli studi effettuati sui topi non possono essere riprodotti sull'uomo principalmente per motivi pratici ed etici. I ricercatori infatti utilizzano una popolazione di topi geneticamente identica e somministrano ad un gruppo di essi rapamicina per periodi di tempo equivalenti a metà della loro vita.

Per effettuare lo stesso studio sull'uomo bisognerebbe utilizzare una popolazione di individui identici geneticamente (impossibile se non nei gemelli identici) e sottoporre un gruppo a dosi di rapamicina per 30/40 anni per poi valutare l'estensione di vita media. Questo tipo di studio oggi nell'uomo è impossibile.

Umani e animali invecchiano allo stesso modo? Perché è importante capirlo

di Aureliano Stingi
17 Aprile 2023



Attualmente, non ci sono studi a lungo termine sulla sicurezza ed efficacia della rapamicina nell'estendere la vita umana. Tuttavia, ci sono stati alcuni studi preliminari sui suoi effetti sulla salute umana.

Uno studio condotto su un piccolo gruppo di volontari anziani ha dimostrato che il trattamento con rapamicina per 6 settimane ha migliorato la funzione immunitaria e ridotto i marcatori dell'infiammazione, suggerendo un potenziale beneficio per la salute in età avanzata.

In conclusione la rapamicina è un farmaco estremamente potente e promettente che si è dimostrato efficace nell'estendere la vita media nei topi di laboratorio, questo però non ci permette di fare estrapolazioni sull'uomo il quale è un organismo molto più complesso.

Per poter affermare che la rapamicina ha un effetto positivo sulla longevità dell'uomo servono studi ampi e robusti in popolazione eterogenee.

TAKE HOME MESSAGE:

1. mTOR è una proteina che regola moltissimi processi all'interno del nostro organismo
2. la rapamicina inibisce la proteina mTOR e viene utilizzata come agente anti-tumorale e come farmaco antirigetto
3. la rapamicina è in grado di estendere la vita media dei topi di laboratorio
4. non sappiamo se la rapamicina è in grado di estendere la vita media dell'uomo in quanto mancano studi clinici randomizzati ampi e robusti

REF:

<https://www.nature.com/articles/nature08221>

<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/rapamycin>

Argomenti

Lupus eritematoso sistemico: oggi è possibile controllare la malattia

di *Gian Domenico Sebastiani** e *Andrea Doria***



Si è celebrata il 10 maggio la giornata mondiale di sensibilizzazione sul Lupus Eritematoso Sistemico (LES). Sono 21mila gli italiani colpiti da questa malattia infiammatoria cronica autoimmune, grave e complessa che presenta una serie di manifestazioni cliniche eterogenee che possono avere impatto su molti organi e che può causare una serie di sintomi come dolore articolare, manifestazioni cutanee, affaticamento, gonfiore delle articolazioni e febbre. Fino al 90% dei pazienti affetti da Lupus convive con una sensazione di affaticamento costante e fino al 50% sviluppa un danno d'organo permanente, determinato dalla malattia o dai trattamenti disponibili, che acuisce la sintomatologia, e diminuisce in maniera significativa la qualità di vita dei pazienti. Troppo spesso questo scenario e i sintomi comuni anche ad altre malattie ne ritardano la diagnosi. L'esordio del Lupus Eritematoso Sistemico si verifica spesso in giovane età, già durante l'adolescenza. Su 10 persone colpite, 9 sono donne, a causa di una predisposizione genetica e ormonale che facilita lo sviluppo della malattia. Altre possibili cause sono di tipo ambientale: infezioni virali e raggi ultravioletti possono concorrere alla manifestazione della patologia. All'esordio il LES può essere molto variabile, caratterizzato da sintomi come astenia, febbre, stanchezza, inappetenza. A causa della sua natura multisistemica, in grado di coinvolgere e colpire tutti gli organi e apparati dell'organismo, l'identificazione della patologia, che dipende anche dalla tipicità dei sintomi, può essere particolarmente complessa poiché può presentarsi in maniera estremamente eterogenea. Una diagnosi precoce risulta fondamentale per raggiungere il principale obiettivo terapeutico correlato alla patologia, ossia quello della remissione, in grado di evitare che

si verifichi il danno d'organo. È inoltre importante tenere sotto controllo l'eventuale accumulo del danno, che si verifica o a causa dell'attività di malattia o dei farmaci assunti e che può comportare una prognosi sfavorevole, con conseguente peggioramento del quadro clinico.

Per i pazienti del nostro Paese cambiano le prospettive di cura perché AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) ha approvato la rimborsabilità di anifrolumab come terapia aggiuntiva per il trattamento di pazienti adulti affetti da Lupus Eritematoso Sistemico attivo, autoanticorpi-positivo, in forma da moderata a severa, nonostante la terapia standard. Grazie al suo meccanismo d'azione, anifrolumab permette un controllo della malattia, consente una minore assunzione di glucocorticoidi ed è caratterizzato da un effetto rapido, tale da indurre una remissione precoce e la prevenzione del danno d'organo causato all'attività di malattia e a cui contribuiscono gli effetti collaterali dai farmaci attualmente in uso.

Come sottolineato da Rosa Pelissero (Presidente Gruppo LES italiano odv), il momento della comunicazione della diagnosi, che nella maggior parte dei casi è associato al primo contatto con una patologia della quale non si aveva conoscenza, rappresenta per il paziente un trauma difficile da affrontare ed è accompagnato da un senso di disorientamento e timore. L'esordio della malattia avviene a volte in età adolescenziale, aspetto che può condizionare il rapporto con se stessi e con i coetanei, influenzando la sfera psicologica. L'impatto più rilevante è relativo alla sfera lavorativa: permane infatti una scarsa sensibilità nell'ambiente di lavoro, accompagnata dall'aumento dello stress causato dalla necessità di mantenere intatto il proprio rendimento, che causa un peggioramento della propria condizione. Per tali motivi, molti pazienti perdono o sono costretti ad abbandonare il proprio lavoro o sono fortemente impattati nel loro percorso professionale, rendendo di primaria importanza la presenza di tutele per questi lavoratori fragili. Conoscere la patologia e ricevere una corretta informazione rappresentano pertanto elementi fondamentali. Allo stesso modo, avere a disposizione una nuova opzione di trattamento come anifrolumab potrà avere un impatto positivo sulla salute dei pazienti e rispondere a un bisogno clinico insoddisfatto. È importante anche considerare il burden economico a cui è associato il LES, la cui cura in Italia ha un costo medio di € 2.513. La frequenza e la gravità degli episodi di riacutizzazione, inoltre, aumentano con la gravità della malattia e sono associati ad un significativo aumento dei costi sanitari.

Come aggiunto dalla senatrice Clotilde Minasi (Membro della 10^a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica), dobbiamo sottolineare quanto siano importanti una diagnosi precoce e una risposta rapida ai bisogni del paziente, al fine di evitare complicanze e ripercussioni che possano impattare notevolmente sulla sua qualità di vita. È doveroso che le Istituzioni, la comunità scientifica e le associazioni dei pazienti collaborino per favorire lo sviluppo di una sanità sostenibile e più vicina ai cittadini, contribuendo nel promuovere una maggiore informazione e sensibilizzazione su una patologia ad oggi non adeguatamente controllata ad alto impatto sociale ed economico per la persona e l'intera società.

**Direttore Unità Operativa Complessa Reumatologia presso Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Presidente Società Italiana di Reumatologia (SIR)*

***Ordinario di Reumatologia, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Reumatologia dell'Azienda Ospedaliera-Università di Padova, Direttore della Scuola di Specialità di Reumatologia all'Università di Padova, Presidente Eletto Società Italiana di Reumatologia*

Nasce Consulcesi Homnya: il nuovo partner di marketing e comunicazione omnichannel e data driven per il mondo Healthcare & Life Science

Nasce Homnya, la NewCo di Consulcesi Group che prosegue così il processo di sviluppo e trasformazione dell'azienda. Consulcesi Homnya realizza progetti omnicanale a partire dalla definizione della strategia per i clienti che vogliono essere protagonisti del pianeta Healthcare e che intendono governare il flusso e le complessità della comunicazione e dell'informazione medico-scientifica. La NewCo parte [...]

di Redazione



CONSULCESI
HOMNYA

Nasce **Homnya**, la NewCo di **Consulcesi Group** che prosegue così il processo di sviluppo e trasformazione dell'azienda.

Consulcesi Homnya realizza progetti **omnicanale** a partire dalla definizione della strategia per i clienti che vogliono essere protagonisti del pianeta **Healthcare** e che intendono governare il flusso e le complessità della comunicazione e dell'informazione medico-scientifica. La NewCo parte da un **deep knowledge sanitario** e da una facilitazione del **customer engagement dei professionisti sanitari**, grazie all'eredità storica acquisita da Consulcesi Group, storico partner di riferimento dei professionisti sanitari nei **servizi legali, assicurativi** e di **formazione** e alla forza delle recenti acquisizioni di gruppo. E quindi, Homnya è in grado di fornire percorsi innovativi di **co-creazione** con i propri clienti, per affrontare e superare le sfide principali di mercato. “Grazie ad un **approccio creativo e data & digital driven**, – commenta Alessia Palluzzi, General Manager Homnya e SICS – il cliente può contare su un ecosistema dinamico capace di attivare tutte le diverse leve della comunicazione e su un team multidisciplinare di professionisti pronti a soddisfare le esigenze di ciascun partner, lavorando insieme per generare valore”, prosegue Palluzzi.

La storia. **Consulcesi Homnya** nasce dall'unione dell'agenzia Docta Comunicazione e di PKE, specializzata in gestione dei dati dei professionisti sanitari. ***Omnia mea mecum porto*** significa "porto con me tutto ciò che possiedo": da questa locuzione latina viene la parola "Omnia", che si trasforma in Homnya per ricordare che il mondo Health è al primo posto.

I punti di forza. Tante le risorse che differenziano Consulcesi Homnya: dall'**accesso alla più importante banca dati informativa di settore a contatti profilati e consensati** di professionisti sanitari in grado di segmentare il target di riferimento e personalizzare l'offerta di servizi ai progetti; dai **progetti di marketing e comunicazione alla distribution** che si sviluppa in un ecosistema completamente dedicato ai protagonisti della Sanità. Inoltre, come parte di Consulcesi Group, Homnya sviluppa progetti integrati con **SICS, la Health Media Company** e più grande **content factory** del sistema sanitario italiano, nonché **casa editrice** dei giornali online **Quotidiano Sanità e Sanità Informazione** e di più di 40 riviste specializzate.

«Grazie a Homnya, il gruppo Consulcesi definisce una nuova era orientata ai Data, con un'impronta fortemente digital che ci permetterà di affrontare con successo le sfide della complessità dell'ecosistema Sanità», commenta Massimo Tortorella, presidente di Consulcesi Group.

Visita il sito www.consulcesihomnya.com

LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/consulcesi-homnya>

Consulcesi Group è il più grande network in Europa dedicato ai professionisti della Sanità. Una competenza maturata sul campo ed estesa, nel tempo, al sistema Salute.

Malattia renale cronica: 850 milioni di pazienti al mondo. Ma è una epidemia misconosciuta

A Sanità Informazione parla Francesca Mallamaci (Direttore Nefrologia UOC Reggio Calabria) «Più attenzione ai pazienti. L'attività fisica può migliorare la qualità della vita a chi ha una malattia renale cronica. L'inquinamento è uno dei fattori di rischio principali»

di Federica Bosco



La malattia renale cronica è una vera e propria emergenza pubblica. A lanciare l'allarme è **Francesca Mallamaci**, dirigente medico di nefrologia a **Reggio Calabria**. L'occasione è stata la cerimonia di premiazione del Club delle ricercatrici **Top italian women scientist** di **Fondazione Onda** che si è tenuto lo scorso 10 maggio in **Regione Lombardia**. «L'utenza dei pazienti con malattia renale cronica è aumentata in maniera considerevole – sottolinea l'esperta – perché con uno sforzo analitico enorme, le **Società di Nefrologia**, europea, americana e internazionale, hanno evidenziato che **850 milioni** di persone al mondo sono affette da una malattia renale».

I pazienti con malattia renale cronica sono più del doppio dei diabetici

Più diffusa del diabete – si contano più del doppio di pazienti – la **malattia renale cronica** è di fatto cresciuta nei numeri per una maggiore attenzione e consapevolezza delle società scientifiche verso una patologia multifattoriale che colpisce i reni e può essere classificata in **cinque stadi** «In passato era una malattia di nicchia, si contavano **50 milioni** di pazienti al mondo – prosegue Mallamaci -, invece grazie alla tecnologia e ad una maggiore precisione nella diagnostica, oggi si possono evidenziare anche malattie renali croniche in diversi stadi».

Tra i fattori di rischio fumo, diabete e ipertensione

Diversi i **fattori di rischio** a cui prestare attenzione, tra i più noti **obesità, fumo, ipertensione**, un'alimentazione troppo ricca di **sale** e **mancanza di attività fisica**. «È importante divulgare il messaggio sull'importanza dello **sport** come fattore di prevenzione. Mezz'ora di camminata veloce al giorno è sufficiente per ridurre il rischio di ammalarsi – fa notare la nefrologa -. Anche i pazienti con una malattia in uno stadio avanzato, costretti alla dialisi, possono trovare giovamento da una moderata attività fisica per migliorare la propria qualità della vita. Tra i fattori di rischio poi è bene ricordare che anche **l'inquinamento atmosferico** può incidere sulla salute dei pazienti e favorire l'insorgenza di una malattia renale cronica».

Nuovi farmaci per migliorare la qualità della vita dei pazienti con malattia renale cronica

Per migliorare la qualità della vita dei pazienti con malattia renale cronica oggi ci sono nuovi farmaci che stanno avendo una grande aderenza, ma per le associazioni di pazienti sono necessari più investimenti in **personale e tecnologia**. «I pazienti sottoposti a dialisi sono tra i pazienti cronici i più penalizzati – sottolinea – perché hanno una qualità della vita peggiore. Pertanto, è importante fare investimenti nelle risorse umane oggi insufficienti. Quindi è importante che i nostri politici si attivino affinché questi **malati cronici** possano avere tutte quelle attenzioni che non si esauriscono con le cure, ma si attuano con un **accudimento** del paziente».

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Cittadini: Privato accreditato essenziale per recupero liste d'attesa

PS panoramasanita.it/2023/05/15/cittadini-privato-accreditato-essenziale-per-recupero-liste-dattesa/



Tra i temi affrontati alla 60^ Assemblea generale di Aiop, che si è svolta a Lecce, la riforma del Servizio Sanitario Nazionale in un contesto di sistematico sottofinanziamento della sanità pubblica.

Superamento dei tetti di spesa per il recupero delle prestazioni non erogate e ruolo fondamentale della componente di diritto privato accreditato. Sono stati i temi al centro della 60^a Assemblea generale di Aiop, l'Associazione italiana ospedalità privata, che si è tenuta presso il Teatro Politeama Greco a Lecce. Per Barbara Cittadini, Presidente nazionale di Aiop, c'è un passaggio obbligato da rispettare, ovvero *“andare oltre i vincoli di spesa all'acquisto di prestazioni sanitarie dalla componente di diritto privato del SSN” e questa è un'esigenza improcrastinabile e assolutamente urgente, del resto, ha osservato Cittadini, “lo hanno compreso anche le Regioni che, come in un mantra, ribadiscono questa esigenza in ogni veicolo normativo. Lo comprendono più di tutti i malati, costretti a subire liste d'attesa incoerenti con la gravità e la complessità della propria condizione clinica. Ora è il momento della politica”.*

All'Assemblea di Aiop, ha portato i suoi saluti il Sindaco di Lecce, **Carlo Salvemini**, secondo il quale *“quando l'interesse pubblico è chiaro e definito, ed è così nel Servizio Sanitario Nazionale, qualunque partnership col privato può aumentare la tutela dell'interesse generale; infatti senza il privato accreditato la sanità italiana sarebbe peggiore”.*

Secondo il Sottosegretario alla Salute, **Marcello Gemmato**, sono emblematici *“i 500 milioni di euro che il Governo ha messo a disposizione delle Regioni per il recupero delle liste d'attesa, ma di cui è stato utilizzato solo il 30%”.* Un sistema saturo, dove *“solo la giusta integrazione tra pubblico e privato può fare fronte alle esigenze dei cittadini”.* Per Gemmato *“al cittadino non interessa chi fornisce la prestazione, ma l'efficacia e la gratuità della stessa, nell'ambito di un modello universalistico di salute”.*

Ylenja Lucaselli, componente della V Commissione Bilancio, Tesoro e Programmazione della Camera dei deputati, ha riconosciuto l'esigenza di impegnarsi *“nella lotta agli sprechi”, precisando che “non è necessario spendere di più, ma bisogna soprattutto spendere meglio ed è in questo che il ruolo del privato accreditato risulta fondamentale. Dovremmo immaginare delle Regioni con capacità di governare la spesa sanitaria, in grado di dare risposta sul tema delle liste d'attesa. Occorre, a tal fine, una visione generale che consideri la sanità pubblica e privata come due facce della stessa medaglia, non concorrenti ma complementari, che svolgono un servizio fondamentale nell'interesse dei cittadini”*.

Un'esigenza condivisa, con l'obiettivo di superare tutte le differenze di trattamento, tanto sul lato della domanda quanto su quello dell'offerta.

“Le Regioni – ha osservato ancora Cittadini – devono essere messe nella condizione di acquistare le prestazioni più efficaci da quelle strutture in grado di garantire in modo efficiente, tempestivo e puntuale, a prescindere dalla natura giuridica delle stesse e di mettere fine alla divaricazione tra coloro che, a causa delle carenze del SSN, possono rivolgersi al mercato puro e coloro che, per motivi economici e sociali, sono costretti a una drammatica rinuncia alle cure. Si tratta, in altri termini, di superare anacronismi e nocivi pregiudizi ideologici e riportare, invece, il paziente al centro dell'interesse”.

*“Ci sono 4 milioni di italiani in attesa di screening e di prestazioni medico-chirurgiche – ha ricordato, nel corso del suo intervento, **Rocco Palese**, Assessore alla Salute della Regione Puglia – una situazione così straordinaria non può essere affrontata con strumenti ordinari: occorre superare il vincolo dei tetti di spesa sulla capacità delle Regioni di acquistare prestazioni dal privato accreditato. Dal 2012, infatti, è cambiato tutto, sia in termini negativi con la crisi pandemica e il conflitto russo-ucraino, sia in termini positivi con lo sviluppo tecnologico in medicina, in farmaceutica. La partnership pubblico-privato è un moltiplicatore formidabile degli investimenti necessari in sanità, nell'interesse di tutti”*.

Malattie Cardiovascolari in Aumento

PS panoramasanita.it/2023/05/15/malattie-cardiovascolari-in-aumento/



Nel documento Siprec 2023 “Contributo degli interventi di prevenzione cardiovascolare alla sostenibilità del Sistema Sanitario in Italia”, gli 11 punti che possono incidere fortemente sullo sviluppo e sulla progressione delle malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare la prima causa di morte nel mondo, con una stima di circa 17 milioni di decessi l'anno. In Italia queste patologie sono responsabili del 35% di tutti i decessi, superando i 230 mila casi all'anno, e la prima causa di ricovero ospedaliero (672.777 dimissioni in regime ordinario nel 2020, pari al 13,8%), confermandosi insieme ai tumori, tra le principali cause di invalidità. Oltre all'importante tasso di mortalità, infatti, le malattie cardiovascolari molto spesso compromettono gravemente anche la qualità di vita dei pazienti e dei caregiver. Se l'attenzione viene principalmente posta sulla salute dell'individuo, non si deve sottovalutare anche l'impatto economico sul Sistema Sanitario Nazionale. La cifra annua si aggira sui 19-24 miliardi di euro, cui 11-16 miliardi di costi sanitari diretti (principalmente costi di ospedalizzazione, procedure interventistiche ed impiego di terapie croniche) e 5-8 miliardi di costi indiretti, sanitari e non, dovuti, ad esempio, alla perdita di produttività del paziente e del caregiver, oltre alle spese previdenziali e assistenziali².

Per questi motivi la Siprec – Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare ha ritenuto importante realizzare la Terza Giornata Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare, che si è svolta venerdì scorso, con lo scopo di accrescere la consapevolezza dell'incidenza delle malattie cardiovascolari nelle vite dei singoli e nell'intera comunità e, soprattutto, di sensibilizzare tutti gli stakeholder (cittadini, medici, istituzioni, media) sull'importanza degli interventi di prevenzione basati sia sugli stili di vita, sia sulla gestione terapeutica delle cronicità e degli eventi acuti (cardiopatía ischemica, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, ictus, ipertensione arteriosa, diabete di tipo 2, obesità). La Giornata ha avuto come tema centrale “Il contributo degli interventi di Prevenzione Cardiovascolare alla sostenibilità del Sistema Sanitario in Italia”. Argomento sviluppato in un documento prodotto dalla stessa Siprec, coordinato dal suo Presidente, Massimo Volpe, che ha coinvolto una trentina di autori, presentato alla stampa presso il Ministro della Salute.

La **prevenzione** rappresenta un elemento imprescindibile nelle politiche di contrasto alla diffusione delle malattie cardiovascolari, se consideriamo che, dai dati dell'ultimo rilevamento ISS – Istituto Superiore di Sanità, il 98% degli italiani è esposto ad almeno un fattore di rischio cardiovascolare, mentre il 41% ne presenta almeno tre. **Fumo, sedentarietà e scorretta alimentazione sono fattori di rischio importanti**, per questo motivo, è necessario promuovere stili di vita sani, che possano modificarli. Tuttavia, anche se rilevanti, non sempre le corrette abitudini sono sufficienti a scongiurare l'insorgere delle malattie cardiovascolari. Esistono, infatti, fattori di predisposizione genetica o condizioni molto diffuse come diabete, ipertensione ed ipercolesterolemia che possono favorirle e richiedere specifici interventi terapeutici anche in prevenzione primaria. Per questo motivo, diventa necessario promuovere iniziative di screening e consulenza nell'individuazione del rischio cardiovascolare dei singoli individui e nell'adozione di conseguenti interventi preventivi, affiancate da strategie di prevenzione, come ad esempio le campagne antifumo.

Questo presuppone **il contributo sinergico di tutte le componenti del sistema ed il coinvolgimento di differenti competenze specialistiche**. È, infatti, solo attraverso un processo di condivisione delle conoscenze e delle professionalità che si possono realizzare programmi che contribuiscano a contenere lo sviluppo delle malattie cardiovascolari nei prossimi decenni, garantendo allo stesso tempo una riduzione del "burden of disease" sul Sistema Sanitario Nazionale e un aumento dell'aspettativa e della qualità di vita.

*"Il documento presentato in occasione della Terza Giornata Italiana della Prevenzione Cardiovascolare – dichiara **Massimo Volpe, Presidente Siprec** – ripercorre le tematiche principali della prevenzione e i vari interventi che possono essere messi in campo per preservare la salute del nostro cuore e dei nostri vasi, e vivere in benessere, scongiurando o quanto meno, ritardando eventi cardiovascolari molto gravi e talora fatali, in primis l'infarto del miocardio, l'ictus cerebrale, ma anche la fibrillazione atriale, lo scompenso cardiaco, le manifestazioni dell'aterosclerosi, che impattano pesantemente sulla salute dei cittadini, oltre che sui costi sociali ed economici che i singoli individui e il Sistema Sanitario Nazionale devono affrontare".*

"Articolato in undici punti, il nostro documento – prosegue Volpe – vuole mettere in luce gli elementi che possono segnare un importante progresso nel campo delle malattie cardiovascolari, che quest'anno, anche nei report statistici dei maggiori Paesi occidentali 'rialzano la testa', dimostrando che sono state solo in parte scalfite dagli enormi progressi di questi ultimi decenni in ambito diagnostico e terapeutico".

Questi punti, che rappresentano un **Manifesto Scientifico** per rafforzare la prevenzione cardiovascolare, riguardano sia il miglioramento degli stili di vita, sia un impiego tempestivo di tutti gli strumenti di prevenzione diagnostici, terapeutici e di profilassi, che possono incidere sullo sviluppo e la progressione delle malattie cardiovascolari. In sintesi, possono essere riassunti in: alimentazione corretta, promozione dell'attività fisica, lotta al tabagismo, controllo della pressione arteriosa, controllo delle dislipidemie, controllo del sovrappeso e dell'obesità, controllo del diabete e della condizione pre-diabetica,

implementazione dell'aderenza dei cittadini alle prescrizioni terapeutiche, impiego delle vaccinazioni come strumento di prevenzione cardiovascolare, la declinazione degli interventi in relazione all'età nell'arco di tutta la vita e in relazione alle specificità di genere, infine, lotta all'inquinamento ambientale, che impatta sul nostro cuore e sulle nostre arterie.

L'impegno di Siprec nella promozione della prevenzione delle malattie cardiovascolari è volto a raggiungere tutti i protagonisti del sistema salute, così come ogni singolo cittadino. Per questo ha dato vita a un **progetto di comunicazione integrata ad ampio raggio**, che include una campagna social #DaCuoreaCuore, attività di media relation, il supporto di figure istituzionali e di ambassador come l'attore Pierfrancesco Favino, che ha deciso di prestare la propria immagine per amplificare il messaggio dell'importanza proteggere, preservare e prendersi cura del proprio cuore, con l'auspicio che le future generazioni possano incorrere sempre meno in una patologia cardiovascolare.



Watch Video At: <https://youtu.be/XxLoaWu3M7I>

Il Messaggio di saluto del Ministro della Salute Orazio Schillaci

Desidero rivolgere il mio saluto a tutti i partecipanti a questo evento e ringraziare la Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare per aver redatto un documento che contribuisce a tenere alta l'attenzione sull'importanza dell'adozione di corrette strategie per prevenire le malattie cardiovascolari, che rappresentano la principale causa di morte in Italia. Come è noto, gli stili di vita hanno un impatto determinante sulla salute del nostro cuore: un'alimentazione sana, un regolare esercizio fisico e l'abbandono del fumo possono abbattere i fattori di rischio che contribuiscono allo sviluppo di malattie cardiovascolari. Siamo consapevoli che la principale sfida che siamo chiamati ad affrontare è quella di garantire la tutela della salute in un quadro di sostenibilità del

Servizio Sanitario Nazionale. Per questo siamo impegnati a favorire l'accesso alla conoscenza e agli strumenti di prevenzione attraverso campagne di promozione di corretti stili di vita. La prevenzione è infatti il miglior investimento che possiamo fare per avere più persone in buona salute, riducendo così il numero di malati in futuro e il ricorso ai servizi sanitari, con minori costi e più sostenibilità per la sanità pubblica. Certo che da questa giornata emergeranno idee e proposte meritevoli di attenzione, auguro a tutti buon lavoro.

Radioterapia, istituita la commissione Omceo Roma: Arma essenziale contro tumori

PS panoramasanita.it/2023/05/15/radioterapia-istituita-la-commissione-omceo-roma-arma-essenziale-contro-tumori/



Mirri: Al lavoro anche per il post, sia Ssn a prevedere integratori e pomata protettiva

L'Ordine dei medici di Roma, presieduto da Antonio Magi, ha istituito per la prima volta una Commissione di radioterapia, il cui lavoro dovrà essere di supporto a medici e pazienti durante ma anche dopo le terapie radioterapiche o chemio-radioterapiche esclusive o complementari alla chirurgia. La Commissione, già operativa, è guidata da Maria Alessandra Mirri, direttore del Dipartimento Oncologico e della Unità Operativa Complessa di Radioterapia della Asl Roma 1, ed è formata da sei oncologi-radioterapisti, un fisico medico e uno specialista in odontoiatria e medicina orale, e opererà in sinergia con il progetto MoMax (Medicina orale e Maxillo facciale) grazie proprio alla presenza di Umberto Romeo. *“Oggi la radioterapia è una delle armi essenziali nella terapia delle malattie oncologiche. Le statistiche ci dicono che oggi circa l'80% dei pazienti oncologici riceve almeno un ciclo di radioterapia nel corso della sua malattia”* spiega Mirri.

“La radioterapia oggi si può avvalere di avanzate tecnologie che permettono di avere trattamenti sempre più mirati- prosegue- capaci di concentrare la dose sulla zona interessata dal tumore, risparmiando gli organi sani circostanti. Questo permette, specie nei pazienti lungo-sopravvissuti, sempre più frequenti grazie al miglioramento delle terapie oncologiche e alla integrazione multidisciplinare, di poter effettuare ritrattamenti di zone già irradiate in precedenza cosa impossibile con le vecchie tecnologie. Un esempio per tutti la possibilità, in caso di recidiva di malattia, di reirradiare una mammella trattata 15 anni prima, senza dover fare una mastectomia”.

Mirri si sofferma poi sull'**integrazione tra radioterapia e nutrizione**. *“La nutrizione del paziente- afferma- è un elemento fondamentale nella storia della malattia oncologica. L'obesità è un alto fattore di rischio per la comparsa di sindromi metaboliche, patologie cardiovascolari e tumori. Sappiamo infatti che c'è una strettissima correlazione tra obesità e cancro del retto”.* L'altra faccia della medaglia è la mal nutrizione. *“I pazienti malnutriti e sottopeso sopportano molto peggio le terapie oncologiche, il che*

porta a sospensioni frequenti della radioterapia o a riduzione delle dosi di radio e chemio, compromettendo il risultato terapeutico". "Ecco perché– sottolinea- in tutti i pazienti cerchiamo di fare uno screening nutrizionale, sia per il sovrappeso che per il sottopeso. I pazienti con tumori testa-collo, in particolare, per le conseguenze della malattia o per gli effetti collaterali delle terapie oncologiche vanno incontro a malnutrizione, con perdita della massa magra e della massa muscolare e con necessità di integrazione nutrizionale di diversi tipi".

E c'è un tema che sta particolarmente a cuore a Mirri, ovvero **il costo in termini economici e di assistenza delle terapie di supporto nutrizionali**. *"Se da un lato- rende noto- il Servizio sanitario nazionale assicura al paziente la nutrizione artificiale quando somministrata tramite sondino naso-gastrico, Peg o per via parenterale, dall'altro non prevede il rimborso della spesa per l'integrazione nutrizionale per os quando indicata (pasti sostitutivi, immunonutrizione)".*

La nutrizione è solo una componente delle terapie di supporto necessarie al paziente per eseguire un trattamento di radioterapia o radio-chemioterapia nei tempi giusti e senza sofferenze. *"Il mercato– spiega Mirri- offre una serie di prodotti in grado di prevenire o ridurre le reazioni legate alla irradiazione di cute e mucose di vari distretti corporei (cistiti, proctiti, vaginiti, diarrea, mucositi orali ed esofagee, eritemi e reazioni cutanee). Tutti prodotti efficaci ma non dispensati dal Ssn che portano ad una spesa sanitaria 'out of pocket' da parte del paziente spesso economicamente importante e non alla portata di tutti".*

A queste spese vanno sommate le spese di viaggio del paziente e degli accompagnatori. *"Quello che chiediamo alla Regione Lazio- dichiara ancora Mirri- è di creare una commissione di esperti al fine di selezionare una serie di prodotti per il supporto da fornire gratuitamente ai pazienti oncologici in terapia. Ad oggi, talvolta grazie ad alcune associazioni di volontariato, cerchiamo di aiutare almeno i pazienti meno abbienti, fornendo loro i prodotti suddescritti".*

Mirri illustra poi i **prossimi passi della Commissione dell'Omceo Roma**. La stesura di un documento sulle 'Terapie di supporto durante i trattamenti di radio e/o radio-chemioterapia' che comprendano anche la successiva riabilitazione del paziente. *"Il paziente ha diritto ad essere curato al meglio ma anche ad avere una vita normale dopo le cure: mi riferisco alle terapie riabilitative fisiche e psicologiche oggi per la maggior parte a carico del paziente. L'elaborazione, con il patrocinio dell'Ordine, di un 'Opuscolo informativo sui Diritti socio-assistenziali dei pazienti oncologici' da mettere nelle sale d'attesa: dall'invalidità alla Legge 104, fino al poter avere delle facilitazioni sui trasporti".*

L'organizzazione di Corsi Formativi rivolti ai medici di medicina generale e agli specialisti di altre discipline "sulle indicazioni e le finalità dei trattamenti radianti esclusivi o integrati, sull'importanza di vaccinare i pazienti oncologici, immunodepressi e fragili (vaccino per l'herpes, per lo pneumococco, per il meningococco, per l'influenza e per il Papilloma virus), coinvolgendo il Servizio di Accoglienza, Tutela e Promozione della Salute della Asl Roma 1 e, inoltre, sul Decreto Legge 101 del 2020, relativo alla

radioprotezione che impone la formazione in materia di radioprotezione, tanto per i medici specialisti che lavorano con le radiazioni, quanto per i medici di medicina generale al fine di proteggere gli operatori e i pazienti”.

In chiusura Mirri riferisce di “aver chiesto al Consiglio direttivo dell’Omceo Roma il patrocinio per la ‘Giornata Nazionale del Sollievo’, istituita nel 2001 con direttiva della presidenza del Consiglio dei ministri allo scopo di ‘promuovere e testimoniare la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale’ e organizzata dal ministero della Salute, dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome e dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti” e che quest’anno si celebrerà il prossimo 28 maggio.

Responsabilità medica: Fondazione Italia in Salute, via a tavolo per un «tagliando» della Legge 24

Dagli accertamenti tecnici preventivi alla conciliazione obbligatoria fino alla gradazione della colpa in ambito penale, al ruolo degli audit clinici, alle ipotesi di costituzione di un fondo per l'alea terapeutica e l'importanza delle linee guida. Questi sono alcuni dei temi emersi dal tavolo tecnico voluto dalla Fondazione Italia in Salute per una revisione della legge sulla Responsabilità medica (Legge 24/2017)

di Valentina Arcovio



Dagli **accertamenti tecnici preventivi** alla conciliazione obbligatoria fino alla **gradazione della colpa** in ambito penale, al ruolo degli audit clinici, alle ipotesi di costituzione di un **fondo per l'alea terapeutica** e l'importanza delle linee guida. Questi sono alcuni dei temi emersi dal tavolo tecnico voluto dalla **Fondazione Italia in Salute** per una revisione della legge sulla **Responsabilità medica** (**Legge 24/2017**). Gli aspetti discussi andranno poi a costituire una sorta di **road map** che porterà alla stesura di quel testo finale di proposte che la Fondazione Italia in Salute sottoporrà all'attenzione del ministro della Salute **Orazio Schillaci** e degli altri decisori politici.

Aperto il dibattito sulla sicurezza delle cure e sulla depenalizzazione per gli operatori sanitari

«La Fondazione Italia in Salute – riferisce **Federico Gelli**, «padre» della legge sulla **responsabilità sanitaria e la sicurezza delle cure**, nonché attuale responsabile della Direzione sanità, welfare e coesione sociale della Toscana – ha ritenuto necessario dare un contributo al dibattito che in questo momento si è aperto all'interno delle istituzioni sul tema

della sicurezza delle cure e sulla depenalizzazione per gli esercenti le **professioni sanitarie** attraverso un meeting che ha raccolto, tra presenza e collegamento da remoto, le più importanti sigle del **management pubblico e privato** (tra cui Federsanità e FIASO), del mondo sindacale degli ordini professionali e delle società scientifiche (come ANAAO, SIGO, FADOI etc.) nonché professionisti del mondo assicurativo ed esponenti dei più importanti atenei italiani».

Gelli: «Necessario valutare ulteriori interventi normativi»

«L'obiettivo è quello di fare un 'tagliando', una verifica ormai necessaria di alcuni **articoli della norma** che non hanno raggiunto la completa attuazione, e di valutare contemporaneamente quali possono essere, alla luce della giurisprudenza più attuale e del periodo storico che stiamo vivendo, gli ulteriori **interventi normativi** possibili», spiega Gelli. «È stato un importante momento di confronto – continua – con questi esperti che ci aiuteranno ad elaborare un'idea e giungere ad un **progetto di revisione** che ovviamente presenteremo al Ministro della Salute per un confronto finale». Aggiunge **Maurizio Hazan**, presidente della Fondazione Italia in Salute e fondatore dello studio legale THMR: «L'importanza di trovarsi oggi, a sei anni di distanza dall'introduzione della legge, nasce dall'esigenza manifestata da più parti, e da noi in particolare, di fare un **check-up** su quello che ha funzionato e quello che non ha funzionato della **Legge 24**».

Nel tavolo sono stati coinvolti anche gli operatori della salute

«Questa Legge è una **legge di grandi principi** che non possono essere abdicati, devono essere difesi, ma allo stesso tempo è giusto andare a comprendere che cosa si possa fare ancora per implementarla e per arrivare all'**attuazione in concreto**», sottolinea Hazan. «Una Legge come questa, molto rotonda, molto ambiziosa e che tocca molti degli aspetti che incidono sulla **sostenibilità del sistema sanitario**, deve sistematicamente essere rivista e controllata alla luce degli scenari che si modificano. Questo – continua – è l'obiettivo di questo tavolo di lavoro che non è necessariamente giuridico ma coinvolge, tra gli altri, anche gli operatori della salute che possono fornire un **contributo pratico** su ciò che, dal punto di vista di chi sta sul campo, possa essere razionalizzato per assicurare la già citata **sostenibilità del sistema**».

Lunedì 15 MAGGIO 2023

Il senso di una pandemia

Gentile Direttore,

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato conclusa l'emergenza da Sars-Cov2. Adesso è possibile fare la stima dei danni e tirare le somme. Ma non è la semplice conta delle vittime a fornire un volto autentico alla tragedia, perché i lutti non possono avere una dimensione numerica. Chi ha perso una sola persona, in realtà ha perso tutto e, per quanto solidale sia considerare quante persone non ci sono più, il dramma si vive in solitudine. Quella muta e senza senso, come è sempre la morte. Unica possibile risorsa umana, rimane la riflessione e, con essa, una possibile catarsi del dramma. Il rito funebre, l'ultimo saluto, il congedo definitivo da chi ha rappresentato, nel bene e nel male la propria umana esistenza, fa parte dei riti simbolici.

La rappresentazione dei tanti "come se" di cui ha bisogno l'animo umano per trovare la propria pace. La morte fa cessare bruscamente una relazione, le tante cose non dette, hanno bisogno di perdono perché la morte lascia sempre nei sopravvissuti tante parole non dette, taciute e pesanti come i sensi di colpa. Allora il rito funebre celebra come se si potesse ancora parlare con chi non c'è più. Come se fosse pronunciata l'ultima parola da chi è condannato al silenzio eterno, come se potessimo dire, noi sopravvissuti, quello che non avremmo mai detto. Il rito funebre è una catarsi. Una delle tante rappresentazioni mentali per riannodare i fili della vita che è e rimane caotica e casuale, ma la nostra mente ha bisogno di quadri finiti, di opere compiute, di fine e senso. Per questo, da sempre, esistono i riti come se. È la stessa rappresentazione fantastica dei bambini quando giocano: facciamo che tu eri ed io ero... Si supera la realtà e ne viene inventata un'altra, rappresentativa, simbolica. Dove tutto torna. Il come se dei bambini è la metafisica di cui abbiamo bisogno per vivere, perché la realtà un senso non ce l'ha e i conti non tornano.

Non torna un aspetto inquietante dell'epoca Covid: una folta schiera di scettici ha rinnegato il ruolo e l'importanza della Medicina. In un secolo l'aspettativa di vita della popolazione è più che aumentata, dai 50 agli attuali 83 anni, merito anche della tecnologia della salute oltre alle migliorate condizioni di vita. Eppure, molti hanno sovvertito il paradigma medico, da professione nobile e meritevole, la medicina è diventata nemica, complotto e inganno. Un individualismo becero e ignorante, soprattutto ignorante della propria ignoranza, ha fatto cadere la dimensione sociale della cura. Il ruolo sociale della medicina per il quale la prevenzione, l'egualitarismo e l'assistenza per tutti sono cadute nella fossa dell'egoismo esistenziale di chi vive solo di social e disinformazione.

Le malattie svelano spesso il vero volto della persona. Il Covid ne ha svelati due: l'arroganza diretta conseguenza dell'ignoranza di troppi. Arroganza e ignoranza: è curioso il fatto che l'iperinformazione coincida con un analfabetismo sociale spaventoso. Se latitante è la Cultura, diventa inevitabile cadere in una regressione sociale da Medioevo. Questo aspetto è molto più grave del numero di morti causati dal Covid, perché se è vero che la pandemia è finita, le prossime vittime non saranno conseguenza di un virus, ma le tante morti sociali legate a questo medioevo sociale: profughi, disoccupati, donne stuprate e uccise, neonati abbandonati nella spazzatura, morti violente senza senso, bullismo.

La Guerra, invece, è sempre stata di moda perché un nemico peggiore dell'ignoranza, è il potere. Il modo più stupido di imitare Dio anziché assomigliargli con il più grande regalo che ci è stato concesso: l'umanità, ovvero, l'amore per l'uomo.

Enzo Bozza

Medico di base a Vodo e Borca di Cadore (BL)

Lunedì 15 MAGGIO 2023

Non è vero che per la medicina generale 30 anni sono passati invano

Gentile direttore,

il dr. Polillo nel suo [intervento](#) del 12 maggio su QS paragona l'attività del medico di famiglia di oggi con quella di 30 anni fa e ne conclude che questi anni sono passati "inutilmente". Trovo che confrontare la medicina del territorio di 30 anni fa con quella di oggi sia alquanto inappropriato.

In questi anni è cambiata la società, sono cambiati i contesti, sono cambiate le attese e pensare di poter comparare la condizione del medico di famiglia di 30 anni fa con quella attuale risulta alquanto anacronistico .

Negli ultimi 20-25 anni la nostra attività di medici di famiglia è stata totalmente rivoluzionata dall'arrivo dell'informatizzazione che ha portato non solo innovazione ma anche un notevole aumento del carico burocratico. Oggi contrariamente a 30 anni fa non è più possibile fare il medico di base se non hai un computer e una cartella collegata a un gestionale. Oggi le ricette sono dematerializzate, i certificati di malattia si fanno online, come pure i certificati di invalidità e i certificati di gravidanza, senza contare i piani Terapeutici che certo 30 anni fa i mmg non facevano. Ogni mese si devono inviare i Flussi alla Regione di appartenenza e questo non è solo un ulteriore impegno, ma è la dimostrazione che la tua attività è strettamente controllata: quanti accessi fai in ambulatorio e a domicilio, quante ricette invii, che farmaci utilizzi, quanti e quali visite specialiste prescrivi... L'informatizzazione ci ha messo a dura prova e gli indubbi vantaggi sono in gran parte subissati dall'enorme carico burocratico e dal fatto che " grazie al computer" si è potuta sviluppare sempre più una medicina amministrata.

In questi anni si sono sviluppate le medicine di associazione, quelle di gruppo semplici o integrate e che questo il lavoro in equipe con altri colleghi , con personale di segreteria e nei casi più fortunati anche personale infermieristico ,sia ritenuto solo una pro forma e una inutile perdita di tempo mi lascia al quanto sorpresa : si lavora insieme non per imposizione e l'equipe cresce con l'impegno di ognuno . Sono molte ormai in giro per l'Italia (forse più al Nord) le forme di medicina di gruppo semplici o integrate che forniscono aperture h 12 , servizi aggiuntivi per la popolazione e che si fanno carico di progetti di medicina di iniziativa (per esempio per il diabete e la BPCO)

Di sicuro invece l'emergenza -urgenza non è competenza della medicina territoriale che non ha né gli strumenti né il luogo idoneo dove poter affrontare questo tipo di attività. Pensare oggi con le possibilità tecnologie esistenti di poter trattare le urgenze a domicilio o anche solo ritardare una diagnosi nell'emergenza sarebbe di sicuro controproducente per il paziente specie nei casi dove arrivare il prima possibile cambia la storia naturale della malattia.

Scrive Polillo che all'epoca , 30 anni fa, ha impiegato 6 anni per avere 450 assistiti mentre ora i giovani ne hanno 1200-1500 appena aprono e si trovano così " sopraffatti da un numero esorbitante di pazienti che per inesperienza non sanno gestire e che non riescono a seguire" . Non capisco se il collega abbia nostalgia di quei tempi dove si impiegava anni a fidelizzare un numero di pazienti sufficienti per pagarti almeno le spese. Per fortuna non è così ora, ma certo avere un grande numero di assistiti con il carico di lavoro odierno risulta molto faticoso.

Sarà anche per questo che la medicina di famiglia è oggi "una landa disabitata" e che i giovani medici pur avendo la possibilità di arrivare subito al massimale non sono attratti da questa professione che assorbe la maggior parte del tempo in pratiche amministrative e dove c'è sempre meno spazio per ascoltare e visitare il paziente .

Solo una scarsa conoscenza del nostro lavoro di medici di famiglia può far pensare che sia tutto o quasi come 30 anni fa o che dovremmo aspirare a mimare nel territorio l'attività degli ospedalieri per non essere costretti a trattare le sole "malattie banali".

Il lavoro del mmg se fatto bene non ha nulla di banale anche se non tratta infarti, ictus o shock . La cura di una persona necessita anche di una attività preventiva, della presa in carico della cronicità e del trattamento di tutte quelle acuzie che per fortuna non richiedono il ricovero.

Forse pensa il dr. Polillo che le patologie minori non abbiano dignità? Dove pensa che andrebbero i pazienti a farsi curare le bronchiti o le polmoniti se non ci fosse il medico di famiglia ? Chi pensa che curi l'ipertensione e il diabete o come pensa che si arrivi alla diagnosi di tumore nella maggior parte dei casi?

Non è vero che per la medicina di famiglia questi 30 anni sono passati invano. In realtà molto è cambiato ma la trasformazione anziché portare a una maggiore tutela della nostra professione e a una maggiore autonomia che ci consenta di lavorare in scienza e coscienza, si è tutta spostata verso il controllo della spesa .In questi anni il medico di famiglia è stato chiamato a dare un forte contributo di appropriatezza diagnostica e prescrittiva per ridurre giustamente sprechi e diseconomie , ma i continui tagli sulla spesa sanitaria ci stanno portando a raschiare il fondo del barile con il rischio di arrivare alla sostituzione degli obiettivi di salute con obiettivi di carattere economico.

E' tempo di invertire la rotta: la medicina del territorio ha bisogno di essere sgravata della burocrazia e di essere meno amministrata; il medico di famiglia deve per poter dedicare il massimo del proprio tempo e delle proprie competenze alla cura delle persone , alla visita medica, al ragionamento clinico, alla diagnosi e alla terapia e deve poter farlo in scienza e coscienza.

Ornella Mancin

Pnrr. I conti non tornano...

Il confronto intrecciato dei flussi di dati provenienti da diverse fonti istituzionali sull'attuazione di Case e Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali evidenziano che abbiamo un problema...

PNRR e i principi del SSN e sviluppo della sanità territoriale

Come già scritto in precedenti articoli su questa testata, in permanenza della pandemia da SARS-COV-2 il perseguimento dei *tre principi fondamentali* del nostro SSN (*universalità, uguaglianza ed equità*) richiede un cambio di prospettiva, passando da sistemi sanitari progettati intorno alle malattie e alle istituzioni verso sistemi sanitari vicini alla *“persona”* e alla *“comunità”*.

Nel PNRR si assume l'obiettivo di potenziare i *servizi assistenziali territoriali* per consentire l'effettiva applicazione dei *Livelli Essenziali di Assistenza* riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

Pertanto per erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla *“persona”* in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, il SSN dovrebbe perseguire la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali tramite lo sviluppo di strutture di prossimità, il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, che promuova lo sviluppo di *équipe multidisciplinari*.

La strategia perseguita con il PNRR

È volta ad affrontare in maniera sinergica tutti gli aspetti critici preesistenti. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. L'“*incipit*” del PNRR, infatti, è mettere in grado la ASL e i Distretti Sociosanitari di realizzare la *“stratificazione dei bisogni delle popolazioni”* per patologie.

Conseguentemente una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni, le infrastrutture e le tecnologie, e a promuovere la ricerca e l'innovazione.

In particolare la Missione 6 del PNRR si articola in due componenti, ovvero, sviluppo delle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e sviluppo dell'innovazione, della ricerca e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio

Il PNRR per l'attuazione dei suoi obiettivi strategici propone una nuova strategia che si basa su due attività principali:

- L'identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture a essa deputate, adottata con il DM 77;
- La definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio *One-Health*.

Come cambia la Sanità territoriale

7

miliardi di euro

dal fondo Recovery in 5 anni



Fonte: Agenas

La “presa in carico dei pazienti” e i “piani Individuali di salute”

Per perseguire quanto sopra la “presa in carico del paziente” si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale, che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell’assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata.

La “presa in carico” presuppone una serie di fasi:

1. Valutazione multidimensionale;
2. Definizione di obiettivi che ragionevolmente potranno essere perseguiti;
3. Elaborazione del piano/progetto assistenziale individuale;
4. Affidamento a un case manager che rappresenta il punto di riferimento sia per il paziente che per tutti gli operatori che avranno un ruolo nell’episodio assistenziale;
5. Gestione (aggiornamenti e rivalutazioni);
6. Dimissioni (che non comportano la chiusura della presa in carico qualora la dimissione comporti l’affidamento a un altro servizio),
7. Controllo della gestione clinica.

L’assistenza domiciliare e la “casa come primo luogo di cura”

Gli investimenti previsti mirano a:

- Identificare un *modello condiviso per l’erogazione delle cure domiciliari* che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- Realizzare presso ogni azienda sanitaria locale (ASL) *un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale*;
- Attivare 602 *Centrali Operative Territoriali (COT)*, una in ogni Distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l’interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

I fabbisogni di risorse per la realizzazione di questi investimenti erano stimati in 4,00 miliardi di euro, di cui 3,48 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,48 miliardi per l’istituzione delle COT e 0,04 miliardi per i sistemi informativi. Per la realizzazione di tali interventi era prevista l’utilizzazione degli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

Standard e requisiti definiti nel Documento AGENAS-Regioni-PPAA

Relativamente ai tre “oggetti” fondamentali per l’implementazione del PNRR stesso, ovvero, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, erano, come noto, previsti nel DM 77 i seguenti standard:

Distretti Sociosanitari delle AUSL	Case di Comunità HUB	Case di Comunità Spoke
Come da Atto Aziendale della AUSL	1 x Distretto	1x30-35.000 abitanti per aree metropolitane

1x20-25.000 abitanti per
aree urbane e suburbane

1x10-15.000 abitanti per
aree interne e rurali

Ospedale di Comunità	1 x 20 PL x 50.000 ab	1 x 20 PL x 50.000 abitanti
Centrale Operativa Territoriale	Si	In rete nell'ambito del Distretto

[Fonte: estrapolazione da "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale", 2021 e nel DM 77]

La situazione di contesto da implementare con il PNRR

Nel dicembre del 2020, il Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei Deputati ha inviato alla Conferenza delle Regioni una richiesta di informazioni relativa ai presidi delle cure intermedie (Case della Salute/Casa di comunità e Ospedale di comunità- OdC) attivi nei diversi sistemi sanitari regionali (per la definizione di Case della Salute ed Ospedali di Comunità).

Sulla base di tale richiesta, nell'ambito della Commissione Salute - Area Assistenza Territoriale, la Regione Emilia-Romagna, in qualità di coordinatrice dell'Area, ha richiesto alle Regioni e alle Province autonome (di seguito indicate PA) di trasmettere l'elenco delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità presenti nei rispettivi territori. Successivamente, sulla base della documentazione pervenuta, la Segreteria tecnica Area "Assistenza territoriale" ha elaborato la "Relazione sullo sviluppo delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità nelle regioni italiane (anno 2020)" nel febbraio 2021.

Nella relazione si chiarisce anche che, mentre la declinazione operativa degli Ospedali di Comunità si basa sui contenuti dell'Intesa Stato-Regioni n. 17 del 20 febbraio 2020, la declinazione operativa di Casa della Salute, in assenza di una impostazione condivisa a livello nazionale, è stata intesa come una struttura sanitaria territoriale in cui è prevista l'integrazione tra medici di medicina generale/pediatrati di libera scelta ed i servizi sanitari delle Aziende Unità Sanitarie Locali (es. Case della Salute, UCCP1, PTA2).

Dalla rilevazione svolta la consistenza delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità per Regione era la seguente:

Regione/PA	Case della Salute dichiarate attive	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	
	N	N	PL
Valle d'Aosta	-	-	-
Bolzano - Alto Adige	-	-	-
Trentino	-	-	-
Piemonte	71	5	30
Lombardia	-	20	467
Veneto	77	69	1.426
Friuli Venezia Giulia	-	-	-
Emilia-Romagna	124	26	359
Liguria	4	1	20
Toscana	76	20	245
Marche	21	14	616
Abruzzo	N.C.	5	-
Lazio	22	-	-
Umbria	8	-	-
Molise	6	2	-
Basilicata	1	-	-
Puglia	-	-	-
Campania	-	1	-
Calabria	13	-	-
Siciliana	55	-	-
Sardegna	15	-	-
Totale	493	163	3.163

[Fonte: Ufficio Studi Camera dei Deputati, «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», 1 marzo 2021].

I Distretti sociosanitari oggi in Italia

Unità di misura della progettazione delle strutture intermedie e delle reti di prossimità nel PNRR sono i Distretti Sociosanitari della ASL, che dovrebbero anche assumere il ruolo, non più di coordinatori amministrativi dei servizi territoriali delle ASL, ma quello di “agenzie di salute” della popolazione di riferimento in grado di costruire nei territori Piani di Salute condivisi con tutti gli operatori delle filiere assistenziali. In base ad una survey MES di Pisa, CARD 2022 in collaborazione con AGENAS venivano censiti i Distretti al momento di emanazione del PNRR, come segue:

Regione	Nr. Distretti	Pop. Media per distretto	coincidenza con ATS Sì	coincidenza con ATS No
ABRUZZO	20	63.683	6	14
BASILICATA	6	90.003	6	0
CALABRIA	14	132.533	0	14
CAMPANIA	73	77.045	73	0
EMILIA-ROMAGNA	38	117.316	38	0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	20	59.184	20	0
LAZIO	46	124.243	41	5
LIGURIA	19	79.289	19	0
LOMBARDIA	84	117.452	55	29
MARCHE	13	116.359	6	7
MOLISE	3	98.098	0	3
PIEMONTE	33	128.354	28	5
PUGLIA*	45	87.176	n.d.	n.d.
P.A. BOLZANO	4	133.944	4	0
P.A. TRENTO	3	180.719	0	3
SARDEGNA	24	65.799	22	2
SICILIA	55	87.726	55	0
TOSCANA	28	129.364	28	0
UMBRIA	12	72.261	12	0
VALLE D'AOSTA	2	61.669	2	0
VENETO	26	186.741	17	9
Italia	568	105.192	432	91

Quindi i Distretti erano e sono 568 con un numero di abitanti compreso tra i 60.000 e i 190.000.

Case della Salute

Nel PNRR con il passaggio da “*Casa della Salute*” a “*Casa della Comunità*” si persegue l’obiettivo di migliorare la qualità di tutti i servizi offerti promuovendo un *approccio integrato e multidimensionale* con il settore **sociale**. La “*Casa della Comunità*”, quindi, è il modello organizzativo per l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

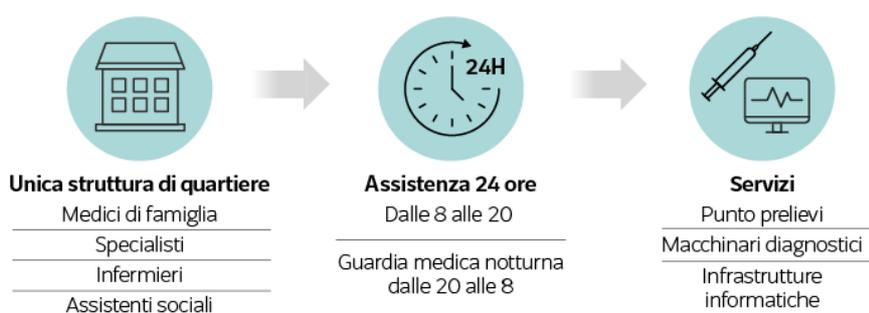
Nella “*Casa della Comunità*” dovrebbero lavorare in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, con la partecipazione della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato. Gli standard di riferimento, in base al DM 77, erano i seguenti:

<i>Distretti Sociosanitari delle AUSL</i>	<i>Case di Comunità HUB</i>	<i>Case di Comunità Spoke</i>
Come da Atto Aziendale della AUSL	1 x Distretto	1x30-35.000 abitanti nelle aree metropolitane 1x20-25.000 abitanti nelle aree urbane e suburbane 1x10-15.000 abitanti nelle aree interne e rurali
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	Obbligatorio	
Punto Unico di Accesso	Obbligatorio	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	Obbligatorio	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	Obbligatorio	
Servizi infermieristici	Obbligatorio	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	
Programmi di screening	Obbligatorio	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	Obbligatorio	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento		Obbligatorio

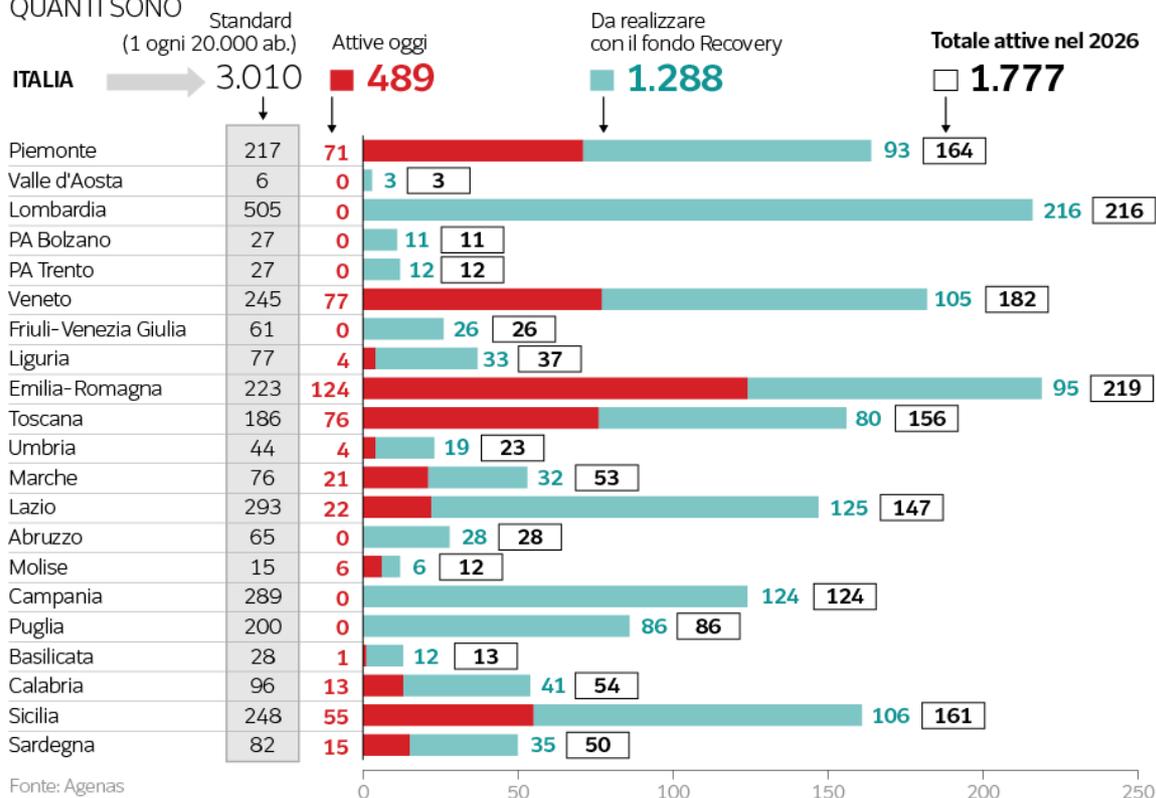
Presenza medica	Obbligatorio	Obbligatorio
	H24, 7/7 gg	H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	Obbligatorio	Obbligatorio
	H24, 7/7 gg	H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	Obbligatorio	Facoltativo
Continuità Assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
Punto prelievi	Obbligatorio	Facoltativo
Servizi Sociali	Raccomandato	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Raccomandato	
Attività Consultoriali	Facoltativo	
Vaccinazioni	Facoltativo	
AFT e UCCP MMG e PLS + medicine di gruppo integrate	Coordinamento e gestione	In rete nell'ambito del Distretto

Le Case della Salute erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 493. Diventano al momento della pubblicazione del PNRR, sempre fonte AGENAS 489 (-4). Il PNRR ne prevedeva altre 1.288, per arrivare a 1.777. Quindi 3 su 4 dovevano essere realizzate “*ex novo*”.

Casa della Comunità COME FUNZIONA



QUANTI SONO



Mettendo insieme nella stessa tabella i dati dell'Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, con i dati della prima versione del PNRR e aggiungendo i dati del primo monitoraggio del PNRR agito da AGENAS, abbiamo la seguente tabella "integrata":

	CdSalute 2020	CdC PNRR 2021	CdC Monitoraggio maggio 2023				Totale POR + extra POR
			POR		Extra POR		
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive	
Valle d'Aosta	0	6	-	4	-	-	4
Bolzano Alto Adige	-	27	-	10	-	-	10
Trentino	-	27	-	10	-	-	10
Piemonte	71	217	31	51	7	2	91
Lombardia	-	505	36	163	2	10	211
Veneto	77	245	-	95	-	5	100
Friuli VG	-	61	-	23	-	4	27
Emilia Romagna	124	223	43	42	-	7	92
Liguria	4	77	-	32	-	-	32
Toscana	76	186	6	71	-	-	77
Marche	21	76	-	29	-	-	29
Abruzzo	nc	65	-	40	-	-	40
Lazio	22	293	-	135	-	-	135
Umbria	8	44	-	17	2	3	22
Molise	6	15	6	7	-	-	13
Basilicata	1	28	-	19	-	-	19
Puglia	-	200	-	121	-	-	121
Campania	-	289	-	172	-	19	191
Calabria	13	96	-	61	-	4	65
Sicilia	55	248	-	156	-	-	156
Sadegna	15	82	-	50	-	30	80
Totale	493	3.010	122	1.308	11	84	1.525

Quindi nel "censimento" 2020 dell'Ufficio Studi della Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni quelle attive sono 493, nel PNRR 2021 l'obiettivo è di 3.010 Case di Comunità, applicando gli standard del DM 77,

e nel monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive si riducono a 122, nel POR, + 11 extra POR, per un totale di 133. Rispetto ai dati 2020 ne mancano all'appello 360! Sono state tutte chiuse? Erano dati non corretti?

Abbiamo comunque una differenza del – 73%.

Scendendo a livello di singole Regioni i dati ballano ancora di più:

- Piemonte: nel 2020 n. 71, nel PNRR 2021 n. 217, nel monitoraggio 2023 n. 38 su 91 previste;
- Lombardia: nel 2020 n. 0, nel PNRR 2021 n. 505, nel monitoraggio 2023 n. 38 su 211 previste;
- Emilia Romagna: nel 2020 n. 124, nel PNRR 2021 n. 223, nel monitoraggio 2023 n. 43 su 92 previste;
- Toscana: nel 2020 n. 76, nel PNRR 2021 n. 186, nel monitoraggio 2023 n. 6 su 77 previste;
- Lazio: nel 2020 n. 22, nel PNRR 2021 n. 293, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 135 previste;
- Campania: nel 2020 n. 0, nel PNRR 2021 n. 289, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 191 previste;
- Sicilia: nel 2020 n. 55, nel PNRR 2021 n. 248, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 156 previste.

Conoscendo per studi e ricerche svolte le consistenze reali nelle Regioni citate i dati del Monitoraggio AGENAS sono assolutamente incoerenti con le realtà territoriali.

Solo con riferimento alla Regione Emilia Romagna, andando sulla loro “*homepage*”, abbiamo dichiarate attive 128 Case di Comunità da portare entro il 2026 a 170! Per AGENAS sono attive ad oggi solo 43 ...

Ospedali di Comunità

Ricordo che, come da sito Ministero Salute, “*L’Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero*”. Inoltre l’obiettivo dichiarato era “*Realizzare 400 strutture sanitarie territoriali, rivolte a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale o familiare)*.”

Gli Ospedali di Comunità erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 163 con 3.163 PL attivi. Diventano al momento della pubblicazione del PNRR, applicando gli standard del DM 77, sempre fonte AGENAS, 1.204 con l’obiettivo di raggiungere ulteriori 7.620 PL attivi, per arrivare ad un totale di 489 (-4) con 10.783 PL attivi. Il PNRR ne prevedeva altri 1.288, per arrivare a 1.777. Quindi 3 su 4 dovevano essere realizzati “*ex novo*”.

Ospedale di Comunità A COSA SERVE



Assistenza

Per ricoveri brevi e per pazienti a bassa intensità di cura



Gestione

Prevalentemente infermieristica



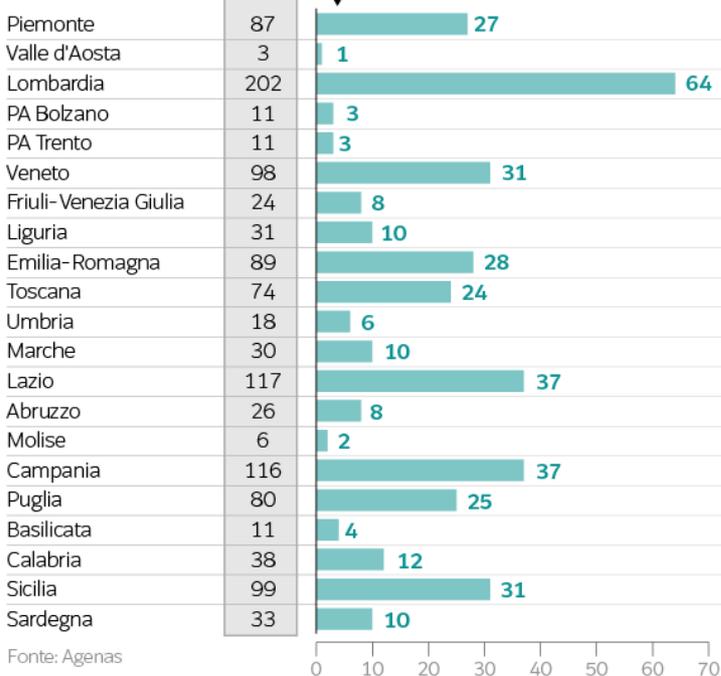
Posti letto

Attivi oggi **3.163** Da realizzare con il fondo Recovery **7.620** Totale attivi nel 2026 **10.783**

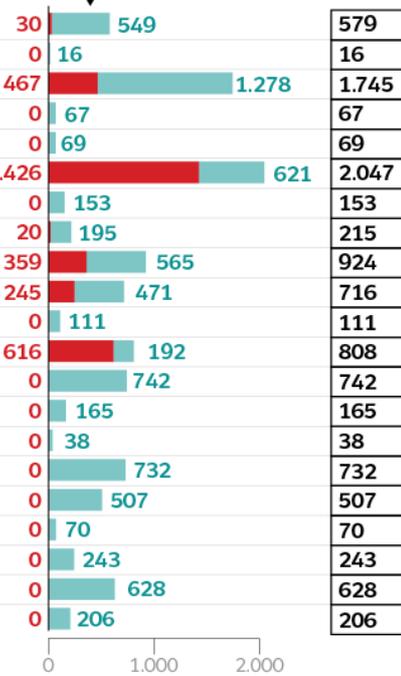
QUANTI SONO

Standard (1 ogni 50.000 ab.)
ITALIA → 1.205

Da realizzare con il fondo Recovery
381



Fonte: Agenas



Ad oggi, monitoraggio AGENAS 2023, quelli attivi sono 31, previsti nel POR, e 25 previsti extra POR, per un totale complessivo 56 su 524 previsti, pari al 10,68%.

Se scendiamo al livello delle singole Regioni abbiamo i seguenti dati:

- Piemonte: nel 2020 n. 5, nel PNRR 2021 n. 87, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 30 previste;
- Lombardia: nel 2020 n. 20, nel PNRR 2021 n. 202, nel monitoraggio 2023 n. 10 su 70 previste;
- Emilia Romagna: nel 2020 n. 26, nel PNRR 2021 n. 89, nel monitoraggio 2023 n. 5 su 27 previste;
- Toscana: nel 2020 n. 20, nel PNRR 2021 n. 74, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 24 previste;
- Lazio: nel 2020 n. 0, nel PNRR 2021 n. 117, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 36 previste;
- Campania: nel 2020 n. 1, nel PNRR 2021 n. 116, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 57 previste;
- Sicilia: nel 2020 n. 55, nel PNRR 2021 n. 248, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 156 previste.

Anche per gli Ospedali di Comunità conoscendo per studi e ricerche svolte le consistenze reali nelle Regioni citate i dati del Monitoraggio AGENAS sono assolutamente incoerenti con le realtà territoriali.

	OdC 2021	OdC PNRR 2022	OdC Monitoraggio maggio 2023				Totale POR + extra POR
			POR	POR	Extra POR	Extra POR	
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive	
Valle d'Aosta	-	3	-	1	-	1	2
Bolzano Alto Adige	-	11	-	3	-	0	3
Trentino	-	11	-	3	-	0	3
Piemonte	5	87	-	27	-	3	30
Lombardia	20	202	9	57	1	3	70
Veneto	69	98	13	22	24	12	71
Friuli VG	-	24	-	7	-	2	9
Emilia Romagna	26	89	5	22	-	0	27
Liguria	1	31	1	10	-	0	11
Toscana	20	74	-	24	-	0	24
Marche	14	30	-	9	-	0	9
Abruzzo	5	26	-	11	-	0	11
Lazio	-	117	-	36	-	0	36
Umbria	-	18	-	5	-	12	17
Molise	2	6	2	0	-	0	2
Basilicata	-	11	-	5	-	0	5
Puglia	-	80	-	38	-	0	38
Campania	1	116	-	48	-	9	57
Calabria	-	38	1	19	-	3	23
Sicilia	-	99	-	43	-	0	43
Sadegna	-	33	-	13	-	20	33
Totale	163	1.204	31	403	25	65	524

Le Centrali Operative Territoriali

Nel 2020 nelle Regioni non avevamo esperienze di COT attive, se non in alcune ASL, vedi nel Lazio le ASL di Rieti e Viterbo. Si sono invece sviluppate esperienze diffuse di COA, Centrali Operative Aziendali, durante la pandemia, per coordinare le attività delle USCA e di altri servizi dedicati a pazienti Covid 19 in regime domiciliare. Da questa esperienza nasce l'ipotesi di riconvertire le COA in COT H (ospedaliera) e COT D (Distrettuali).

Nel DM 77 le COT sono definite come *“La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliera e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza”*.

Gli standard previsti sono i seguenti:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.
- Operativa 7 giorni su 7

In base ai dati del monitoraggio AGENAS 2023 le Centrali Operative Territoriali attive ad oggi sono 14, pari al 2,34% del totale previsto. I Distretti sono 568, le COT programmate 650, di cui su 650 sono attive 24 = - 626 COT ancora da realizzare.

	COT 2021	COT PNRR 2022	COT Monitoraggio maggio 2023				Totale
			POR	POR	Extra POR	Extra POR	POR + extra POR
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive	
Valle d'Aosta	-	2	-	1	-	-	1
Bolzano Alto Adige	-	4	-	5	-	-	5
Trentino	-	1	-	5	-	-	5
Piemonte	-	33	4	39	-	-	43
Lombardia	-	84	9	92	1	2	104
Veneto	-	26	-	49	9	-	58
Friuli VG	-	20	-	12	-	-	12
Emilia Romagna	-	38	-	45	-	-	45
Liguria	-	19	-	16	-	-	16
Toscana	-	28	-	37	-	-	37
Marche	-	13	-	15	-	-	15
Abruzzo	-	20	-	13	-	-	13
Lazio	-	46	-	59	-	-	59
Umbria	-	12	1	8	-	-	9
Molise	-	3	-	3	-	-	3
Basilicata	-	6	-	6	-	-	6
Puglia	-	45	-	40	-	-	40
Campania	-	73	-	65	-	18	83
Calabria	-	14	-	21	-	2	23
Sicilia	-	55	-	49	-	-	49
Sadegna	-	24	-	16	-	8	24
Totale	-	566	14	596	10	30	650

Conclusioni

Da quanto sopra emerge che i flussi dati, considerati:

- Ufficio Studi Camera dei Deputati, «*Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*», 1 marzo 2021, dati 2020;
- PNRR, Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza, 2012;
- Monitoraggio del PNRR, da parte AGENAS 2023;

sono incoerenti e assolutamente non corrispondenti alle realtà note nelle singole Regioni.

Abbiamo quindi un problema di flussi informativi non veridici e incoerenti.

Mi rendo conto che un conto è definire obiettivi “*teorici*”, applicando gli standard del DM77, e un conto quanto poi emerge dalla concertazione con le Regioni, ma non corrispondono i dati con il censimento svolto su base regionale dall’Ufficio Studi della camera dei Deputati/Conferenza Stato/Regioni/PPAA. ...

Non è poco, spero di sbagliarmi, ma abbiamo molte incongruenze.

“*Huston abbiamo un problema*” ...

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università “Sapienza”, Roma

Lunedì 15 MAGGIO 2023

Stiamo attenti ai cartellini gialli sul Pnrr

Il PNRR costituisce un'occasione unica per il Paese. Occorre stare attenti ai cartellini gialli del Giudice del controllo, concomitante e non, e a quello rosso dell'UE.

Nell'ultimo mese sta dominando un aspro confronto insorto tra il ministro Fitto, attraverso sue dichiarazioni critiche alquanto esplicite, e l'Associazione dei magistrati della Corte dei conti. L'argomento della contesa è vasto e complesso: da parte governativa, si contestano indebite invasioni di campo in tema di esercizio del controllo concomitante sul PNRR, ma soprattutto come questo viene esercitato; dall'altra, ci si oppone a siffatta eccezione.

Ciò è avvenuto in relazione alle deliberazioni nr. 17 e 18 dello scorso 26 aprile del Collegio del controllo concomitante presso la Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni statali. Più esattamente, sull'accertato e contestato mancato conseguimento della milestone europea, con conseguenti rilievi inibitori dei finanziamenti PNRR, relativamente alla rete distributiva dell'idrogeno e delle centraline elettriche.

Lo scontro si è fatto duro e, verosimilmente, avrà un difficile prosieguo, in sede giurisdizionale, avanti alle Sezioni Riunite della Corte dei conti, in composizione speciale.

Del resto, questo sarebbe l'unico modo per circoscrivere l'evento e giudicare le ragioni a sostegno delle parti in difficile contesa, piuttosto che affrontare l'argomento sulla stampa. Anche perché, per attenuare gli effetti della naturale reazione "sanzionatoria" della Commissione UE, le conseguenti sentenze sarebbero lo strumento migliore da esibire al suo indirizzo, nell'ovvia eventualità di un esito favorevole al Governo, perché pronunciato dal massimo organo giurisdizionale del Giudice dei conti.

Dal medesimo Collegio sono pervenute tre deliberazioni incidenti sul sistema della salute. Più esattamente, riguardanti il controllo concomitante esercitato sulla realizzazione delle Case di comunità (la n. 9 e la n. 10) e sull'assistenza domiciliare (la n. 13), tutte adottate nel 2023.

Con le anzidette deliberazioni, il Collegio concomitante ha tirato le orecchie al Governo, soprattutto con la n. 13/2023/CCC, con la quale ha affrontato criticamente e stigmatizzato:

il livello di attivazione dell'assistenza domiciliare, che costituisce uno dei perni essenziali della assistenza domiciliare, funzionale a sopperire alle esigenze conseguenti all'innalzamento della media anagrafica dell'utenza del SSN;

l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (le COT), quanto a loro ineludibilmente collegato in termini di interconnessione, che rappresentano le strutture di coordinamento per la corretta presa in carico del paziente per assicurargli il più idoneo, tempestivo ed efficace accesso all'assistenza sociosanitaria.

Sono, quindi, fioccate all'indirizzo dell'Esecutivo "accuse" di lentezza e di mancato conseguimento dei relativi obiettivi, ma anche di inadempimento grave nel porre in essere le regole per costruire una rete dell'assistenza domiciliare efficientemente autorizzata e accreditata. Per non parlare degli inadempimenti contestati in termini di realizzazione dei sistemi di interconnettività tra le aziende sanitarie - da perfezionare con una appropriata diffusione delle reti digitali e la concretizzazione di standard di comunicazione - e di ricorso al supporto della intelligenza artificiale.

Conseguentemente, il Collegio ha invitato il Ministero della Salute ad adottare ogni iniziativa per rimediare ai gap riscontrati, ma soprattutto a monitorare con continuità gli ulteriori step realizzativi del progetto affidato alle Regioni, quali soggetti attuatori. Ciò al fine di recuperare i ritardi registrati sul cronoprogramma procedurale previsto in ambito europeo e interno. Il tutto con l'imposto dovere di riferire al Collegio procedente entro 30 giorni in merito alle misure adottate.

Insomma, un bel problema quello generato dalle inadempienze accertate dal Giudice contabile, seppure prodotte in una sua versione deliberante che, francamente, sono in tanti a non condividere oltre al Governo.

Ciò in quanto porrà dei problemi a livello di Commissione UE nel constatare i colpevoli ritardi che il Collegio, in altre due successive delibere (la 17 e la 18), addebita alla dirigenza in termini di mancato rispetto della programmazione interna incidente negativamente sulla milestone europea.

Sull'accaduto è da attendersi, comunque, un prosieguo sia in termini di impugnazione delle delibere da parte del Governo che di ricaduta sulle decisioni che andrà ad assumere al riguardo la Commissione UE.

Il PNRR costituisce un'occasione unica per il Paese. Occorre stare attenti ai cartellini gialli del Giudice del controllo, concomitante e non, e a quello rosso dell'UE.

Ettore Jorio

Lunedì 15 MAGGIO 2023

Visita fiscale, una reclusione domiciliare sulla quale interrogarsi

Gentile Direttore,

è possibile che in Italia un lavoratore che si ammala sia sottoposto ad una sorta di arresti domiciliari e che sistematicamente si affermi che forse il medico certificatore ha detto il falso? Può sembrare una domanda provocatoria ma oggi 2023, nel nostro paese accade questo.

Un lavoratore per il quale il medico certifica che è ammalato e deve stare assente dalla propria attività per curarsi o per riabilitarsi deve stare a casa in attesa di visita. E questo a prescindere se sia stato dimesso da un ospedale ad esempio per un trauma grave o se abbia una banale influenza. Non può muoversi dalla propria abitazione dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18 se lavoratore pubblico e dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 se lavoratore del privato (Incomprensibile la differenza di orari tra i due settori).

Ma cosa deve fare a casa? Aspettare l'eventuale visita fiscale che deve verificare se quanto scritto da altro medico pubblico o convenzionato corrisponde al vero. Da questa reclusione domiciliare sono esentate solo le persone con malattia oncologica o psichiatrica.

Da notare che se la persona ammalata ad esempio è allettata e non può aprire la porta qualcun altro deve stare a casa negli stessi orari assieme a lei per rispondere all'eventuale chiamata del medico fiscale. Quindi gli arresti domiciliari valgono per due. Ma non finisce qui, anche se la visita conferma diagnosi e prognosi il lavoratore deve rimanere a casa perché potrebbe avere una nuova visita a sorpresa.

Ora tutti sappiamo che queste norme sono state pensate per punire i "furbetti" che guarda caso continuano a farlo impuniti (si pensi alle assenze di massa per malattia di alcune categorie in alcune città), ma per fare questo si danneggiano milioni di persone oneste e, si badi bene, ammalate e bisognose di cure e riabilitazione non di reclusione. Ad esempio una persona con una lunga convalescenza dopo un trauma che per riprendersi dovrebbe muoversi è costretta a passare la maggior parte della giornata a casa a meno che non voglia passeggiare a notte fonda.

In un paese normale, se proprio si vuole verificare una diagnosi mi pare che una chiamata telefonica e una visita su appuntamento sarebbero lo strumento civile. Invece no. In Italia si continua a dare per acquisito che molti medici scrivano certificati falsi o di comodo e che i cittadini siano praticamente tutti truffatori.

Due domande: dobbiamo ancora tollerare tutto questo, in particolare FNOMCEO può sopportare questa sfiducia? Questa legge e questa procedura rispettano i principi fondamentali della Costituzione?

Giorgio Simon

Medico, già direttore generale ASS Friuli Occidentale

Gli allarmi

Metà dei giovani già dai 12 anni per almeno 4 ore incollati allo schermo

Lo studio “Educazione ai corretti stili di vita” introdotto nelle scuole rivela dei dati preoccupanti sulle nuove dipendenze social. Lo specialista Testino: “Parliamo di un uso problematico di questi mezzi che innesca un circolo vizioso di insonnia e ansia”

di Valentina Evelli *Giocano per ore ai videogiochi incollati allo schermo. Controllano continuamente le notifiche di Tiktok e Instagram e non riescono a staccarsi dallo smartphone neppure di notte. E' la nuova dipendenza social dei giovani e giovanissimi, già a partire dai 12 anni, che passano on line più di quattro ore al giorno per poi dormire pochissimo la notte.*

«Sono dati allarmanti che rivelano le nuove dipendenze — spiega Gianni Testino, primario della struttura complessa Patologie delle Dipendenze e Patologie del Centro Alcolologico Regionale Asl3 — Ci sono ragazzi che trascorrono davanti allo schermo anche 12 ore al giorno. Veri e propri problemi di salute che devono essere affrontati già dalle scuole elementari per evitare che diventino patologie vere». La preoccupante fotografia emerge dai dati raccolti nelle scuole genovesi dal progetto “Educazione ai Corretti stili di vita” introdotto nel 2016 dalla referente Patrizia Balbinot che quest'anno ha coinvolto 14 istituti comprensivi e secondari, 2672 studenti dai 12 ai 17 anni e 150 docenti. E i dati più allarmanti riguardano proprio l'uso e l'abuso dei social e il gioco d'azzardo. Complessivamente il 63,4% degli studenti coinvolti usa i social in media per più di due ore al giorno ma il 48%, quasi uno su due, resta incollato allo schermo per più di quattro. Tra i ragazzi di 16 e 17 anni si arriva persino al 75%. «Parliamo di un uso problematico che in alcuni casi è già una vera e propria dipendenza da cui è difficile uscire — continua Gianni Testino — E innesca un circolo vizioso con la mancanza di ore di sonno e altri effetti collaterali per chi non riesce a spegnere lo smartphone neppure la notte». Tanto che il 36% degli allievi dichiara di dormire un numero di ore inferiore rispetto a quelle necessarie per un buon stato di salute (che prevede 8 ore di sonno per i dodicenni e almeno sette ore dai 13 ai 17 anni).

Il 43% degli adolescenti non riesce a dormire proprio a causa dello smartphone, soprattutto dei videogiochi, mentre il 20% riferisce “problemi emotivi-psicologici” come stress, ansia, insonnia e agitazione. E gli effetti si ripercuotono direttamente sulla salute, a breve e a lungo termine.

«L'induzione di infiammazione cerebrale riduce progressivamente la performance psico-fisica con comparsa di ansia, stress, sbalzi d'umore, irritabilità, disattenzione che si palesa con un minore rendimento scolastico — spiega il professor Testino — Inoltre, si assiste ad un'alterazione di alcuni neuropeptidi che disturbano il senso di sazietà, con un aumento dell'appetito e conseguente sindrome metabolica che porta al sovrappeso e all'obesità».

A distanza di anni possono poi insorgere patologie cardio-vascolari, psichiatriche e tumorali. Quest'ultimo fenomeno è favorito dall'inibizione di alcuni meccanismi anti-oncogenetici indotti dalla deprivazione di sonno e dalla eccessiva stimolazione visiva da parte di fonti luminose durante la notte.

Tanto che per arginare il fenomeno è stato lanciato un progetto sperimentale proprio dalla Asl3 all'istituto comprensivo Teglia. Un patto d'alleanza genitori — figli che prevede dieci regole da condividere quando si prende uno smartphone, dalle app da scaricare al tempo di utilizzo.

E tra le nuove dipendenze, spesso legate all'uso degli smartphone c'è anche quella del gioco d'azzardo che coinvolge il 32% dei giovani tra i 16 e 17 anni. Un fenomeno difficilmente tracciabile soprattutto per il gioco on line, che porta a problematiche familiari e sociali, dall'impoverimento ad attività illegali per procurarsi i soldi per le scommesse. Un comportamento che si associa frequentemente al consumo di alcol e sostanze

RISERVATA© RIPRODUZIONE

Controllano notifiche

Tik-tok e Instagram e non si staccano dallo smartphone neppure di notte “L'introduzione di infiammazione cerebrale riduce la performance psico-fisica”

Il direttore Gianni Testino primario di Patologie delle Dipendenze del Centro Alcolologico della Asl Tre

Sanità, in un anno 17 mila minacce vittime dell'odio quasi sempre le donne

Il rapporto dell'Agenzia di controllo lombarda sulla sicurezza: le case di riposo al primo posto, poi medici di base e ospedali Aggressioni soprattutto verbali, in tre casi su quattro verso il personale femminile. " Fenomeno emergente e sottostimato "

di Alessandra Corica Oltre 17 mila in un anno. Sono le aggressioni subite dal personale sanitario in Lombardia: i dati arrivano dall'ultima relazione dell'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo, nata con la riforma Maroni del 2015 per verificare l'andamento della sanità regionale.

L'Agenzia ogni anno deve presentare una relazione sul suo operato. Nell'ultimo documento relativo al 2022 — e che prossimamente sarà discusso in commissione regionale Sanità — ecco che l'ente fa un excursus sulla sicurezza di medici e infermieri in Lombardia. Un tema molto sentito dai camici bianchi lombardi, che da anni denunciano una sempre maggiore conflittualità con i pazienti e, di conseguenza, i rischi per chi lavora in corsia: l'ultimo episodio è di pochi giorni fa, quando al pronto soccorso del Niguarda il servizio è stato fermato a causa della rissa tra i familiari di due pazienti in lite tra loro, con tanto di dichiarazione da parte di alcuni di essere armati.

Per fare il punto sulla situazione, allora, nel 2022 l'Agenzia ha somministrato ad Ats, ospedali, case di cura private e Rsa un questionario, per capire quanti episodi di violenza hanno registrato nei mesi del 2021, e di che tipo. Sono arrivate 1.786 risposte, di cui 1.158 provenienti da enti e strutture sanitarie (la maggior parte private e appartenenti al mondo sociosanitario, quali ambulatori, case di riposo e cliniche convenzionate) e 629 da altrettanti medici di medicina generale. Risultato? In base alle risposte date al questionario, in 12 mesi in Lombardia sono stati registrati almeno 17.296 episodi di violenza nei confronti di medici e infermieri. "Almeno" è però parola chiave: come scrivono gli stessi controllori, « la violenza verbale e fisica contro gli operatori sanitari rappresenta un fenomeno emergente e sottostimato. Gli episodi di aggressione contro il personale del Servizio sanitario nazionale costituiscono, ancora oggi, eventi avversi, sino ad essere, in taluni casi, eventi sentinella, in quanto segnali di situazioni di rischio o vulnerabilità e hanno un forte impatto sulla sicurezza del luogo di lavoro e delle cure».

La maggior parte delle aggressioni vengono subite da professioniste donne (tre volte su quattro) e sono di tipo verbale, « nonostante si ritiene che siano la categoria di episodi meno segnalati all'interno di un fenomeno già di per sé sottostimato ». Tra gli episodi riportati, oltre 11 mila arrivano da enti sociosanitari come Rsa e case di riposo. Seguono poi quelli segnalati dai medici di base (3.958 in un anno) e dagli ospedali (2.163). « Dai risultati — si legge nella relazione — si può osservare la vasta diffusione del fenomeno nell'area territoriale, non strettamente ospedaliero, che comprende enti sanitari e sociosanitari e inclusi i medici sul territorio». I numeri, va detto, a una prima lettura appaiono in calo: già nel 2021, infatti, l'agenzia aveva fatto una medesima indagine, relativamente agli episodi avvenuti tra il 2019 e il 2020, e i risultati erano più alti. I dati, però, non sono confrontabili tra loro, sia perché a causa della pandemia negli ultimi due anni gli ingressi negli ospedali sono stati contingentati, con una conseguente diminuzione di parenti e visitatori. E sia perché all'indagine più recente hanno riposto meno strutture e meno medici di famiglia.

Per cercare di arginare il fenomeno, il Pirellone nel 2020 aveva varato una legge ad hoc, « di cui sono stata proponente e cofirmataria — ha ricordato nei giorni scorsi, in occasione della giornata internazionale dell'infermiere, la dem Carmela Rozza — . Da allora però il governatore Fontana non ha saputo fare accordi con i prefetti per portare i presidi di polizia all'interno degli ospedali. Le contromisure che abbiamo approvato nella legge regionale non vengono messe in atto. Non bastano le parole o le promesse, occorrono i fatti».

© RIPRODUZIONERISERVATA

La legge regionale non ha ancora raggiunto l'obiettivo di aumentare i presidi di polizia nelle strutture

L'allarme

Per medici e infermieri anche in Lombardia gli attacchi subiti sul lavoro sono un fenomeno emergente

I punti In aumento i conflitti con i pazienti

1 Il monitoraggio Il questionario sugli episodi di aggressione verbale o fisica avvenuti nelle strutture è stato fatto dall'Agenzia di controllo del sistema socio-sanitario lombardo, ente regionale

kPalazzo LombardiaLa sede della giunta regionale

2 I casi I 1.786 enti sanitari lombardi che hanno risposto al questionario hanno segnalato 17.296 episodi di aggressioni verbali o fisiche subite dal personale in un anno

3 La disparità Sono le donne le prime vittime delle violenze verbali o fisiche subite da pazienti o parenti: in tre casi su quattro i casi sono stati segnalati da operatrici

4 I luoghi Tra gli episodi riportati da medici e infermieri oltre undicimila arrivano da case di riposo, quasi quattromila da medici di base e 2.163 dal personale ospedaliero

Altrimenti

Murgia, la malattia e il nostro cammino

DI ENZO BIANCHI

Rainer Maria Rilke nel Libro della povertà e della morte

innalza un'invocazione: "O Signore, concedi a ciascuno la sua morte, frutto di quella vita in cui trovò amore, senso e pena". Sì, a ciascuno la propria morte perché se la vita è sempre e solo di ciascuno così anche la morte. Non esiste una morte uguale per tutti, anche perché la morte è generata dalla vita che ciascuno di noi ha vissuto ed è anche un evento che non dipende da noi. Per questo è pieno di significato quel che ha voluto dirci Michela Murgia riguardo alla morte dopo la sentenza medica che le ha diagnosticato un carcinoma renale al quarto stadio non più operabile, non più curabile.

Michela con forza e coraggio ha osato rendere pubblico il suo cammino finale con un libro e alcuni interventi che mostrano come voglia fino alla fine sentirsi impegnata nei rapporti con quanti sono in relazione con lei: impegnata a vivere e a celebrare la vita, ad aggiungere vita ai giorni e non giorni alla vita. Non si sente stravolta dalla malattia né svuotata di quel senso che nella vita ha faticosamente trovato, e per questo non ama dirsi in guerra, in lotta o in resistenza verso la malattia che fa parte di ciò che lei è ed è stata. Mi sento perciò di ringraziare Michela e dirle che spero con lei che ciò che non è ancora sia già, anche nella morte, comunione. Ma così com'è autentica la confessione di Michela, mi sento di attestare per esperienza che non è da tutti un tale cammino.

Quello scelto da Michela è un modo di affrontare la malattia e la morte, di certo non l'unico. A ciascuno il suo cammino. Michela dice che non sente la morte come un'ingiustizia perché ha avuto una vita bella, ricca di esperienze. Non può dirsi sazia di giorni come i vecchi, ma colma di realtà vissute. Ma ci sono altri che si ritrovano con la stessa prospettiva, con alle spalle un'esistenza misera.

Per alcuni la morte è un'ingiustizia, un non senso, che non sanno imputare a nessuno. E anche la loro morte, a volte in un cammino di disperazione, va rispettata.

Credenti in Dio o non credenti, di fronte alla morte non sappiamo come reagiremo. Ho visto credenti che chiamavano "sorella" la morte morire disperati e non credenti che avevano paura morire rappacificati. Non resta che sperare che a ciascuno sia concessa la propria morte. È significativo che di Gesù di Nazareth ci siano quattro racconti di morte: secondo Marco e Matteo Gesù muore dopo aver gridato: "Dio mio, perché mi hai abbandonato?", e aver emesso un urlo. Non è stata una bella morte. Secondo Giovanni e Luca è morto su una croce ma esprimendo le sue ultime volontà, parlando di amore a chi amava. Una bella morte, diremmo noi. In ogni caso la morte per il cristiano resta un enigma e la croce non è un invito al dolore, ma la memoria di tutte le vittime della storia che attendono la restituzione di ciò che è stato loro tolto in vita. Scriveva Edgar Morin: "Io credo che la coscienza umana debba integrare l'incertezza, l'angoscia e la presenza della morte. E per superare l'angoscia non c'è altra via che la partecipazione, la comunione e l'amore".

©RIPRODUZIONERISERVATA

L'autore Enzo Bianchi 80 anni saggista e monaco laico ha fondato la Comunità monastica di Bose in Piemonte

La crisi demografica

Natalità, ascoltate le donne

DI NATALIA ASPESI

Pare una bizzarria dei tempi il fatto che a giudicare la natalità siano solo maschi, unanimi nel definire molto sconveniente, in quanto ministri di mezza età, e senza nominare le femmine, in gran parte colpevoli della disgraziata congiuntura di non dar figli alla patria. E con una certa frequenza, affinché si superino quei famigerati 390 mila piccini che le famose mamme d'Italia più o meno contente di metterli al mondo, dovrebbero felicemente e abbondantemente superare. Furbe, le femmine tacciono perché, pur non avendo gli strumenti per renderle gravide, ci pensano su parecchio, sarà mica una cosa così semplice darsi questa gioia per poi dover affrontare la grave e costosa ricerca di farli star bene, con tutte le cose che ci vogliono se no si arrabbiano o vanno in depressione. Perché poi c'è anche questa voglia di vestirlo in Gucci anche se sei una mamma dedita all'accattonaggio, perché il bimbo, peggio ancora la bimba, non deve essere diverso dagli altri, anche se il fintogucci viene venduto a un euro negli store. Se la natalità è asessuata, è ovvio che le colpevoli siano proprio le donne che dopo averne fatto uno si sentono innamoratissime di quello e non vedono perché farne degli altri. Certo sarebbe bello metterne al mondo almeno 16, come la coppia che anni fa andò a Sanremo, facendo poi accorrere le signore al più vicino ginecologo per rendersi non più figliabili. E se sei in carriera? E se fai il primo ministro e i figli non li vedi mai? E se il Gran Cancelliere di un ricco Paese sunnita ti insegue nelle oscure stanze del castello e devi dargliela vinta giusto per non perder tempo? E se come inDiplomat la bella ambasciatrice magra e giustamente spettinata va a letto col marito da cui vuole divorziare mentre la Russia ne sta facendo di ogni colore? E quella buona e dolce che ha appena ammazzato il figlio piccino perché le dava noia e forse l'arrestarono? Bisognerebbe intanto capire che fare figli non è da tutti, che non tutte hanno quell'estro, che forse la storia della maternità è una invenzione tanto per farle star zitte, e che i veri appassionati siano invece gli uomini che li desiderano al punto di farne uno a 78 anni tipo De Niro, contentissimo, mentre noi, giustamente, e prima di essere troppo distrutte dal grande casino che comporta un figlio, a un certo punto basta, che sollievo. Poi c'è l'ennesimo casino che chissà perché è stato affidato alle donne, che ne sono diventate le sole responsabili (anche la Meloni se si rompe un rubinetto immagino debba accorrere lei). I lavori domestici! Ecco una legge che il nuovo Gabinetto (senza offesa!) con la Meloni dovrebbe subito applicare per consentire alle donne di arrivare come lei al massimo grado del potere; che ci sia una legge in cui gli uomini imparino a far da mangiare anche gourmet e a pulire i pavimenti, e siano obbligati a farlo, se no l'apposita moglie gli dà le multa. È una chimera, e lo dico sconfortata, perché neppure gli uomini diventati donna lo farebbero. Il sangue non è acqua. C'è poi qualche nervosismo attorno all'idea delle donne che fanno più figli di quanti vorrebbero. C'è l'interruzione di gravidanza con l'aiuto dei servizi sociali, sempre più difficile, l'aborto come una semplice operazione senza condanne e senza rimorsi, c'è l'idea di Giorgia Meloni di non volerla cambiare ma solo quella di agire meglio sulla prevenzione, (mah!). L'aborto è la mannaia su cui i cattolici non hanno mai smesso di combattere anche per chi cattolico non è.

L'Ungheria ha già inflitto ai medici di far sentire il battito del cuore del feto, in Polonia la legge antiaborto è passata, negli Stati Uniti molti Stati hanno applicato il divieto. E per noi? Il passaggio dalla natalità all'aborto non è così lontano.

©RIPRODUZIONERISERVATA

Transitional care e ICT: componenti fondamentali per lo sviluppo, stato dell'arte in Italia, fattori critici di successo

PON GOV Cronicità | Il Transitional Care con l'utilizzo dell'ICT è una metodologia di presa in carico del paziente che vedrà una rapida evoluzione grazie al PNRR

di Marco Simonetti, Pasquale Falasca e Gabriele Nube



PON GOV Cronicità

Il **Transitional care** con l'utilizzo dell'ICT è una metodologia di presa in carico relativamente nuova che vedrà una rapida evoluzione grazie agli ingenti finanziamenti del PNRR e alle grandi opportunità che nascono dalla riorganizzazione della sanità territoriale con il **Decreto Ministeriale n.77 del 21/04/2022**.

Il termine “transitional care” definisce la funzione di accompagnamento da un **setting assistenziale** ad un altro; le azioni da svolgere coinvolgono una vasta gamma di servizi e ambiti chiamati a garantire un passaggio sicuro, efficace ed efficiente dei pazienti da un determinato livello di assistenza sanitaria ad uno differente (compreso il proprio domicilio).

Il percorso può essere di tipo **step up**, in cui si cerca, a titolo di esempio, di prevenire ospedalizzazioni o consumi di servizi specialistici inappropriati o di tipo **step down** in cui si cerca, ad esempio, di accompagnare le dimissioni dei potenziali pazienti **bed blockers** (paziente pronto per la dimissione ma che non può lasciare l'ospedale perché non è stato predisposto un percorso di continuità assistenziale) verso nodi delle cure intermedie più appropriati.

Questo modello di cura mira, dunque, a fornire un'ottimizzazione della presa in carico del paziente durante i percorsi di “transizione” da una struttura sanitaria (ospedale, ospedale di comunità, ecc.) al proprio domicilio oppure nel proseguimento delle cure. Verrà infatti garantita la continuità della presa in carico e il miglioramento della qualità assistenziale (oltre alla riduzione dei costi a carico del SSN) nel periodo successivo ad un aggravamento del proprio stato di salute (crisi, complicanze, ricadute cliniche, nuove comorbidità, nuove disabilità), o cambi cruciali del proprio ambiente sociale e di vita (ad esempio un lutto).

Il **transitional care** opera a favore degli interessi del paziente, dei suoi familiari, dei professionisti e dei servizi del SSN. Al paziente viene proposto il setting di cura più appropriato e viene accompagnato nei processi di transizione da un ambito all'altro, senza che debba cercare di procurarsi l'erogatore adeguato. I caregiver vengono sostenuti nel

processo di elaborazione e nella governance della situazione critica, nonché sgravati e supportati per un periodo congruo alla gestione della fragilità. Sono, altresì, supportati nell'eventuale scelta del modello assistenziale di prossimità da integrare all'ADI (caregiver familiare, caregiver professionale, centro diurno o struttura).

I professionisti sanitari sono altresì sgravati dai compiti di ricerca dei possibili luoghi di dimissione o di accoglimento per i loro assistiti, potendosi così concentrare sull'attività clinica.

Questi percorsi includono un team di professionisti della salute e non solo (medici, infermieri, operatori sanitari, terapisti e altri professionisti, nonché tecnici dell'ingegneria clinica domiciliare) che lavorano insieme per fornire i servizi necessari ai pazienti durante la transizione da un setting di cura ad un altro.

Sono molti gli interventi socio-sanitari che coinvolgono i vari professionisti e possono includere la gestione dei dati, la condivisione delle informazioni, la formazione del paziente e del caregiver, le consulenze/colloqui con altri professionisti, i monitoraggi, il follow up, ecc. Tutte le attività devono essere, pertanto, ripensate e riconfigurate per assicurare tempestività (a favore della sanità di iniziativa, nella possibile riduzione dei tempi di attesa), per l'efficacia assistenziale ed efficienza del setting di cure domiciliari.

L'utilizzo dell'ICT si riferisce all'uso di tecnologie informatiche come strumento di supporto fondamentale alla governance delle fasi di follow up durante il trasferimento del paziente da un setting di cure ad un altro. Si pensi, ad esempio, all'opportunità di prevenire gli errori terapeutici (ad esempio con integrate policy digitali di farmaco-vigilanza e aderenza terapeutica), la riduzione della "frammentazione" delle cure stesse, o il concreto tentativo di evitare le riammissioni ospedaliere grazie all'implementazione di alert e sistemi di supporto alle decisioni. Tali tecnologie possono includere una varietà di strumenti digitali come dispositivi medici per erogare prestazioni in telemedicina (tutte le declinazioni previste dalle linee di indirizzo nazionali), i dispositivi mobili e indossabili, le soluzioni cloud, le tecnologie e gli strumenti per garantire la cyber security, l'intelligenza artificiale (AI), l'apprendimento automatico, le tecnologie dell'Ambient Assisted Living (AAL), cartelle cliniche elettroniche integrate tra team multidisciplinari che coinvolgono tutte le professioni sanitarie (medico specialista, infermiere, MMG, psicologo, ecc.) ecc. Queste tecnologie consentono agli attori coinvolti l'accesso alle informazioni di salute dell'assistito in tempo reale per la gestione clinico-assistenziale (ad esempio con l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE o cartelle cliniche specialistiche – EHR), con l'obiettivo di fornire una presa in carico più coordinata, personalizzata, efficace ed efficiente, riducendo al contempo i costi e aumentando la soddisfazione di pazienti e caregiver. Tutto ciò potrà anche favorire l'integrazione organizzativa e gestionale ospedale-territorio in un circolo virtuoso a tutto vantaggio del sistema sanitario nazionale.

Attraverso l'utilizzo del telemonitoraggio e delle tecnologie di AAL si potrebbero, infatti, analizzare parametri clinici e comportamentali di un paziente, ad esempio in una fase iniziale di deterioramento cognitivo, personalizzando il piano terapeutico "misurato" sulla sua

progressione della patologia.

La combinazione integrata tra:

- Centrali Operative Territoriali (COT) identificato dal PNRR e dal DM 77/2022 come struttura di riferimento per le cure di transizione attraverso la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, domiciliari e residenziali, ospedaliere e dell'emergenza-urgenza;
- Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) che valutano il bisogno del paziente considerando tutte le dimensioni;
- il numero telefonico unico 116117 riferimento per il primo contatto per l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie non urgenti;

rappresenta la chiave per l'implementazione del supporto operativo all'intero sistema e l'elemento chiave del nuovo modello di assistenza territoriale.

Il DM 77/2022 rispetto alle COT enfatizza infatti l'importanza di un sistema dedicato alla raccolta, alla gestione, al monitoraggio e allo scambio di informazioni su dati di salute, percorsi integrati di cronicità, pazienti in assistenza domiciliare, con gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Rispetto al tema, **Agenas** ha recentemente pubblicato il quaderno “**La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione**” che descrive in modo molto operativo, anche attraverso veri e propri “casi d'uso” ed esempi di transizioni di cure, le modalità organizzative, i ruoli e le attività specificando: bisogni, azioni, attori, relazioni, strumenti.

Da ricordare inoltre che il legislatore ha affidato ad Agenas il ruolo di Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale al fine di garantire l'omogeneità a livello nazionale, l'interoperabilità e integrazione dei vari progetti regionali e l'efficienza nell'attuazione delle politiche di prevenzione e nell'erogazione dei servizi sanitari, inclusi quelli di telemedicina. Agenas, quale tramite del Ministero della Salute, si pone quale soggetto attuatore di questi interventi di digitalizzazione legati alla Missione Salute 6 – Componente 1 (C1) che ha come obiettivo lo sviluppo della sanità digitale fondando la strategia sui due pilastri del nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e della Piattaforma Nazionale di Telemedicina. L'acquisizione e l'analisi dei dati, anche attraverso un corretto utilizzo dell'Intelligenza Artificiale (AI), permetterà il divenire di scenari a supporto delle metodologie di clusterizzazione e analisi dei costi delle varie fasi di patologia, stratificazione della popolazione, ottimizzazione dei bisogni dei cittadini e strategie socio-assistenziali-economiche per un concreto miglioramento della presa in carico. Insomma non orientato solo alla riduzione ma all'ottimizzazione della spesa sanitaria pubblica e ad una migliore percezione qualitativa nella continuità dei servizi socio-

sanitari dal Sud al Nord, passando per una corretta formazione e informazione dei cittadini, e al potenziamento delle comunità di pratica emergenti come, ad esempio, quella nata attraverso il progetto **PON GOV Cronicità**.

L'utilizzo dell'ICT può essere, inoltre, un concreto supporto che consentirà ai medici di identificare e trattare più facilmente le cronicità, riducendo il numero di ricoveri e la distanza fisica tra paziente e struttura assistenziale aumentando, di conseguenza, l'efficienza dei servizi sanitari e i "percorsi di cura integrati" che sono progettati per aiutare i pazienti a ottenere una cura di transizione efficace e di qualità.

Nell'ambito del progetto Pon Gov Cronicità, promosso dal Ministero della Salute e guidato strategicamente dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, di cui Agenas detiene il coordinamento tecnico-scientifico, si sono rilevate e valutate esperienze nella sperimentazione di nuovi modelli virtuosi di COT. La Comunità di Pratica, costruita con professionisti e attori istituzionali, ha consentito di mettere a fattor comune le migliori esperienze e le buone pratiche tra le Regioni, le ASL, i Distretti. Queste esperienze riferite al tema specifico della transizione di cura e dell'ICT sono riportate nei due capitoli dedicati del manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR "**Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità**" presentato nella prima versione a giugno 2022.

I modelli di *transitional care* sono già attivi in: Stati Uniti, Regno Unito, Australia, Nuova Zelanda, Norvegia, Svezia, Finlandia, Danimarca, Olanda, Germania, Svizzera, Francia, Spagna, Italia e Austria.

Comunicato Stampa N°37/2023 - Covid-19: i dati principali del monitoraggio della Cabina

Publicato 05/05/2023 - Modificato 05/05/2023

ISS, 5 maggio 2023 -

Ecco i dati principali emersi dalla cabina di regia:

- In lieve diminuzione L'incidenza settimanale a livello nazionale: 35 ogni 100.000 abitanti (28/04/2023 - 04/05/2023) vs 39 ogni 100.000 abitanti (21/04/2023 - 27/04/2023).
- Nel periodo 12 - 25 aprile 2023, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 1,10 (range 0,91-1,31), in aumento rispetto al periodo precedente e al di sopra della soglia epidemica. L'indice di trasmissibilità basato sui casi con ricovero ospedaliero è invece in diminuzione e sotto la soglia epidemica: $R_t=0,91$ (0,85-0,96) al 18/04/2023 vs $R_t=0,96$ (0,91-1,02) al 11/04/2023.
- Il tasso di occupazione in terapia intensiva è stabile all'1,1% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute al 4 maggio) vs l'1% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute al 27 aprile). Il tasso di occupazione in aree mediche a livello nazionale scende leggermente al 4,4% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute al 04 maggio) vs il 4,7% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute al 27 aprile)
- Una Regione risulta non valutabile dovuto a mancanza di trasmissione di dati ed è equiparata a rischio alto ai sensi del DM del 30 aprile 2020. Una Regione è a rischio alto a causa di molteplici allerte di resilienza. Otto sono a rischio moderato e undici sono classificate a rischio basso. Quindici Regioni/PPAA riportano almeno una allerta di resilienza. Sei Regioni/PPAA riportano molteplici allerte di resilienza.

Sala Stampa



Agenza Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Focus regionali sui costi energetici: dettaglio di tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche

AGENAS pubblica un approfondimento sull'andamento dei costi energetici nelle Aziende Sanitarie pubbliche di tutte le Regioni tra il 2021 e il 2022, ad integrazione della recente pubblicazione a livello nazionale e regionale.

In considerazione del progressivo aumento del costo delle risorse energetiche in tutta Europa, incremento ancor più rilevante a seguito dallo scoppio del conflitto in Ucraina e dalla spirale inflazionistica tuttora in corso, AGENAS ha effettuato delle analisi sull'andamento dei costi energetici nelle Aziende Sanitarie Pubbliche, confrontando i dati 2022 e 2021 tra le Regioni e Province Autonome e a livello intra-regionale.

Lo scopo dei documenti - presenti sul sito istituzionale dell'Agenza e suddivisi per singola Regione e Prov. Autonoma - è quantificare, tramite l'analisi dei conti economici delle Aziende sanitarie pubbliche, l'andamento dei costi energetici nei bilanci, fornendo una rappresentazione sintetica che prende in considerazione le spese di riscaldamento, le utenze elettriche e altre spese inerenti sempre agli aspetti energetici.

Il lavoro si inserisce tra le iniziative a supporto nel Ministero della salute, delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ed esula da valutazioni su politiche regionali di efficientamento energetico o su variabili di contesto che possano aver influenzato l'andamento rappresentato, trattandosi essenzialmente di una fotografia dei dati registrati nei conti economici degli anni di riferimento.

Si ricorda, infine, che il legislatore ha previsto per l'anno 2022 finanziamenti per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale al fine di contrastare gli effetti dell'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

Per leggere gli approfondimenti consultare il seguente link:

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2220-focus-regionali-sui-costi-energetici-dettaglio-di-tutte-le-aziende-sanitarie-pubbliche>



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il Direttore Generale



Nicoletta Cocco

Nessuno
si salva da solo. Non è solo il titolo di un libro, ma una grande verità.

Come
stai? Domanda di circostanza. Bene. Risposta di circostanza. Che sia secca,
laconica, biascicata, quante richieste di aiuto si celano talvolta dietro
questa risposta.

Chiedere
aiuto non è facile, sottende un'ammissione di fallimento con se stessi e di
debolezza con gli altri.

Cogliere
una tacita richiesta di aiuto è ancora meno facile, bisogna saper osservare,
ascoltare, saper leggere tra le righe dei silenzi, di sguardi vuoti e strane
assenze, bisogna saper 'trivellare' la superficie e scavalcare le apparenze con
sguardo critico e scevro da qualsiasi pregiudizio.

Vedere,
ascoltare, toccare... I sensi sono fondamentali per orientarci nel mondo che ci circonda e prendere atto della realtà dei fatti. Eppure talvolta, di fronte a un dramma che si consuma sotto ai propri occhi, c'è chi diventa improvvisamente cieco, sordo, muto... completamente 'insensibile'.

Di
fronte al dolore c'è un mondo che si divide tra coloro che guardano e passano e coloro che passano e si fermano a guardare. Perché "fermarsi a guardare" implica una presa di coscienza, un richiamo alle responsabilità a cui molti sono sordi.

Il
dolore spaventa, la malattia atterrisce, ma ciò che veramente uccide è l'indifferenza, l'immobilità dello spettatore che, nonostante veda, ascolti, tocchi il dolore altrui, preferisce rimanere trincerato nel suo micromondo di superficie, nelle sue quattro mura intonacate di ipocrisia e di finto perbenismo.

Ma
non c'è intonaco che tenga sopra un muro marcio, non c'è "vernice sociale" che possa celare a lungo la muffa dell'anima.

Lunedì 15 MAGGIO 2023

Psichiatria europea. Andrea Fiorillo eletto alla guida della EPA

Professore Ordinario di Psichiatria presso l'Università della Campania "L. Vanvitelli" è il terzo Presidente Italiano nella storia della European Psychiatric Association, la società scientifica europea della salute mentale. Il programma del biennio del neo presidente si articola in 10 punti su temi sociali, scientifici e associativi. Con un occhio alla 'digital psychiatry'

Andrea Fiorillo, Professore Ordinario di Psichiatria presso l'Università della Campania "L. Vanvitelli" dal 2017, è il nuovo Presidente della European Psychiatric Association.

Classe 1973, Laurea in Medicina e Chirurgia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università degli Studi di Napoli nel 1997 e Specializzazione in Psichiatria nel 2021 e successivo dottorato di ricerca in Scienze del Comportamento e dei Processi di Apprendimento sempre nella medesima università, il prof. Fiorillo ha ricoperto numerosi incarichi nella Società europea negli ultimi 20 anni prima di essere proposto per la presidenza. Si tratta del terzo Presidente Italiano nella storia della Società. Il primo è stato il prof. Mario Maj, attuale direttore del dipartimento di Psichiatria della Vanvitelli.

Con oltre 200 lavori pubblicati su riviste scientifiche e oltre 15 libri sulla salute mentale, Andrea Fiorillo è anche Editor di European Psychiatry. I suoi lavori hanno ricevuto oltre 11.000 e il suo H-index è pari a 54.

Il programma del biennio di presidente si articola in dieci punti-chiave che includono il miglioramento della formazione degli psichiatri, lo sviluppo di attività di ricerca internazionale, la promozione della salute mentale dei cittadini e il miglioramento dei livelli di assistenza psichiatrica. Eccoli in sintesi:

1. Migliorare l'immagine della psichiatria nella medicina e nella società
2. Aumentare le conoscenze e le abilità degli psichiatri europei, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, nella gestione dei disturbi mentali
3. Supportare le società nazionali europee nel miglioramento dell'assistenza psichiatrica, la formazione e la ricerca
4. Promuovere la collaborazione tra le società nazionali di psichiatria per uniformare gli standard assistenziali e le attività scientifiche a livello europeo
5. Favorire la formazione dei giovani psichiatri europei
6. Coordinare attività di ricerca internazionali
7. Rafforzare la collaborazione con altre organizzazioni scientifiche internazionali che si occupano di salute mentale e public health
8. Migliorare la comunicazione con associazioni di utenti e familiari a livello nazionale e internazionale
9. Costruire un programma a lungo termine per il miglioramento della salute mentale a livello europeo
10. Potenziare la rete dei servizi di salute mentale anche mediante la digital mental health

Dal palazzo

L'intervista ad Ilaria Tarantino

Lotta alle neoplasie gastrointestinali: «Molti passi in avanti, ma linee guida da aggiornare»

La "Chief of Endoscopic Ultrasound Service, Endoscopy Unit" dell'Ismett sottolinea sia l'importanza dell'ecoendoscopia che la necessità di migliorare la gestione clinica del paziente. Il tema è stato trattato durante "I-EUS consensus conference" a Palermo.



🕒 Tempo di lettura: 4 minuti



14 Maggio 2023 - di [Caterina Ganci](#)

Potassio e Magnesio - Sali Minerali - Senza Aroma - 250g

Riduce e previene i crampi e i dolori Contribuisce al sano funzionamento del sistema immunitario Rilassa la muscolatura Combatte stanchezza e affaticamento Riduce la spossatezza Ristabilisce l'equilibrio elettrolitico Contribuisce alla normale funzione muscolare e del sistema nervoso

PrinFit

[IN SANITAS](#) > Dal Palazzo

I progressi medici, la ricerca clinica e le nuove tecnologie rappresentano un'arma importantissima contro le **neoplasie gastrointestinali** che sono una tra le forme più comuni di cancro, soprattutto nei paesi occidentali. È frequente che pazienti affetti da neoplasia pancreatico e delle vie biliari sviluppino una ostruzione biliare causata dal tumore. Le linee guida disponibili raccomandano il **drenaggio biliare** per via endoscopica, mediante una metodica chiamata **ERCP** (colangio pancreatografia endoscopica retrograda), indicata come metodica di prima scelta nei pazienti affetti da stenosi biliare neoplastica.

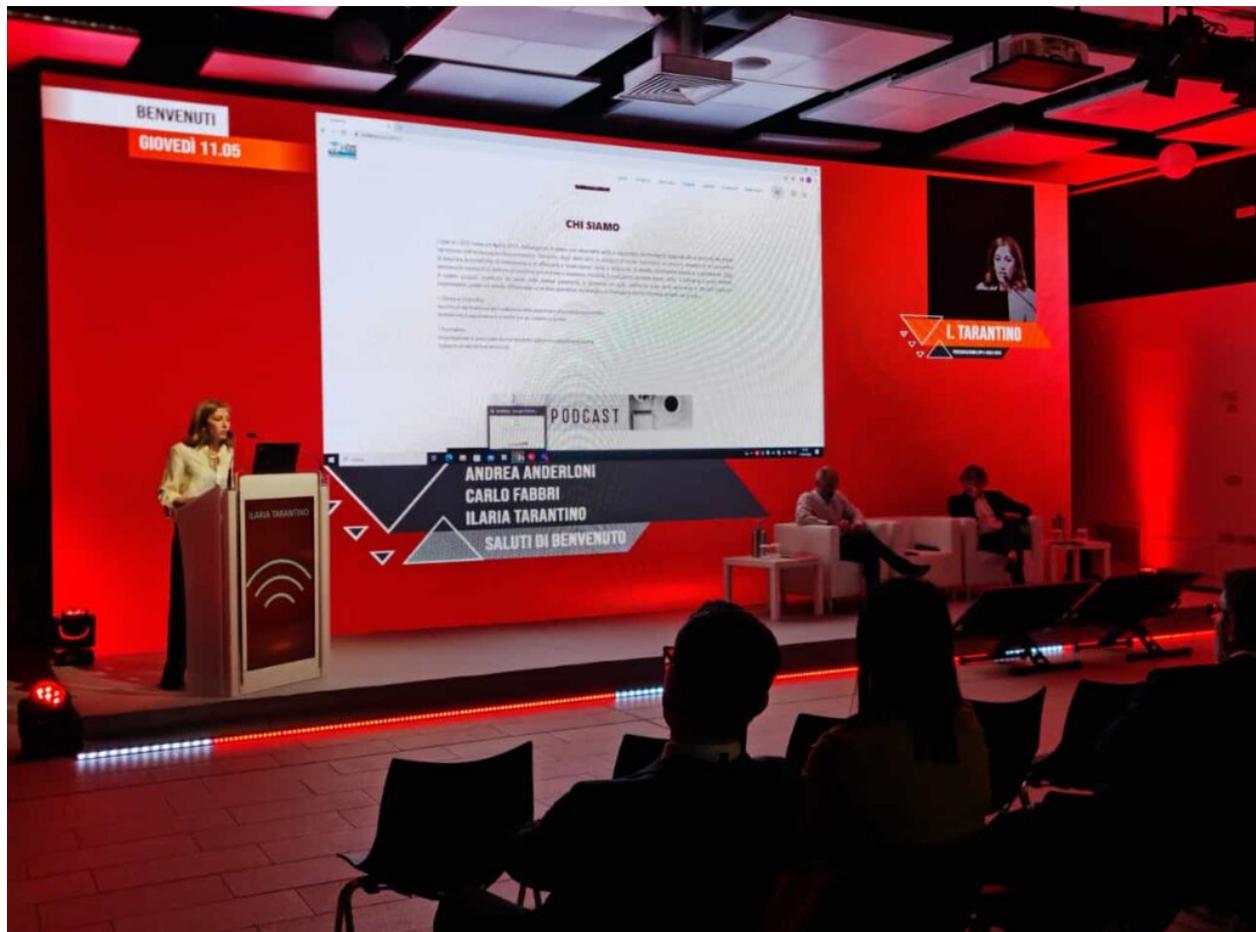


Potassio e Magnesio - Sali Minerali - Senza Aroma - 250g

Riduce e previene i crampi e i dolori Contribuisce al sano funzionamento del sistema immunitario Rilassa la muscolatura Combatte stanchezza e affaticamento Riduce la spossatezza Ristabilisce l'equilibrio elettrolitico Contribuisce alla normale funzione muscolare e del sistema nervoso

PALERMO PUNTO DI RIFERIMENTO PER GLI ENDOSCOPISTI CON "I-EUS CONSENSUS CONFERENCE"

Sabato 13 Maggio - 2023 | Di Anna Boccia | Categorie: News Ed Eventi



Per il secondo anno consecutivo Palermo ha ospitato i migliori eco endoscopisti del panorama nazionale e internazionale.

Il "I-EUS consensus conference" è un meeting che ha l'intento di riunire in presenza la comunità scientifica formata da esperti in patologia bilio-pancreatica, in un approccio multidisciplinare che coinvolge non solo gastroenterologi endoscopisti ma anche chirurghi bilio-pancreatici e radiologi interventisti, che si confrontano su importanti temi di gestione clinica.

Gli argomenti

affrontate importanti tematiche cliniche relative ai drenaggi biliari per via endoscopica. Le linee guida indicano, ad esempio, l'ERCP (la colangiografia pancreatografia endoscopica retrograda) quale metodica di prima scelta nel drenaggio endoscopico della via biliare in pazienti affetti stenosi biliare neoplastica. Tuttavia, le caratteristiche dei singoli pazienti (età, fragilità, comorbidità, anatomia), il consolidamento degli approcci per via eco-endoscopica, grazie a disponibilità di nuovi accessori e tecnologie dedicate, hanno determinato un cambiamento dello scenario terapeutico con sempre più importante evidenza scientifica del ruolo cruciale della ecoendoscopia.

"L'obiettivo della Consensus Conference – spiega Iliaria Tarantino, Chief of Endoscopic Ultrasound Service, Endoscopy Unit. Direttrice della consensus – è quello di stilare nuovi percorsi clinici condivisi attraverso una valutazione delle evidenze scientifiche in una discussione multidisciplinare fra esperti atti a risolvere alcune domande aperte ed aree grigie non risolte dalle attuali linee guida.

Palermo, selezioni per 9 posti riservati ai disabili nell'azienda Villa Sofia-Cervello

02 Maggio 2023



L'ospedale Cervello di Palermo

L'azienda ospedaliera Villa Sofia-Cervello, a Palermo, ha avviato una selezione, attraverso il centro impiego, con nove posti riservati ai disabili con un contratto a tempo indeterminato, con varie professionalità richieste.

L'avviso è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale, come richiede la legge, ed è riservato, specificatamente, a chi rientra nelle categorie previste dall'articolo 18, comma 2, nella legge n. 68/1999 e dell'articolo 1, comma 2, della legge n. 407/1998.

Biohacking estremo: dovremmo considerarlo un diritto umano?



Sono riservati cinque posti di commesso iscritti nell'elenco di cui all'art. 8 della legge n. [Raccomandato da Outbrain](#) 68/1999 (la norma per il diritto al lavoro dei disabili) e quattro posti di ausiliario specializzato iscritti sempre nello stesso elenco.

L'avviamento a selezione delle unità lavorative sarà effettuato dal Centro per l'impiego di Palermo. Pertanto, i soggetti interessati non dovranno inoltrare domanda di partecipazione all'azienda ospedaliera. Ad eventuali domande presentate direttamente all'azienda, come specificato, non sarà dato corso poiché presentate a soggetto non competente.

© Riproduzione riservata

Scandalo sanità, interdizione agli indagati compresi gli ex assessori regionali Razza e Scavone

Sospensione per un anno dall'esercizio dei pubblici uffici e servizi per sei degli indagati dell'inchiesta sulla sanità della procura di Catania. Interdetti per otto mesi altri due medici coinvolti

12/05/2023 Giorgio Ruta e Orazio Aleppo



Interdizione per un anno dall'esercizio dei pubblici uffici e servizi per sei degli indagati dell'inchiesta sulla sanità della procura di Catania: tra questi ci sono gli ex assessori Antonio Scavone e Ruggero Razza (quest'ultimo ha già annunciato ricorso al Tribunale della Libertà) e poi Filippo Di Piazza, Giuseppe Di Rosa, Ignazio La Mantia, Rosalia Maria Leonardi. Lo ha deciso il gip del tribunale di Catania Simona Ragazzi che ha anche ridotto la misura a otto mesi per altri due indagati: Alberto Bianchi e Calogero Grillo. Sono tutti a vario titolo indiziati, in concorso tra loro e con altri soggetti indagati di "turbata libertà degli incanti" e "turbata libertà del procedimento di scelta del contraente". Secondo la procura e il gip Alberto Bianchi e Calogero Grillo non avrebbero attivato i loro poteri di controllo della legalità formale e sostanziale delle procedure cui partecipavano in ruoli di rilievo, allo stesso modo, parimenti grave è il concorso alle turbative nell'attribuzione degli incarichi nei Progetti Carie Osas e Cardio da parte di Rosalia Maria Leonardi. Analogo ragionamento varrebbe poi per Giuseppe Di Rosa, Filippo Di Piazza e Ignazio La Mantia, poiché gli stessi avrebbero concorso nell'alterazione della procedura concorsuale per l'incarico di Dirigente Amministrativo dell'Ordine dei Medici di Catania in favore di Aldo Missale. Sotto tale profilo, particolarmente grave appare la condotta contestata a Di Rosa e Di Piazza, i quali si sarebbero prestati perfino a consegnare le tracce delle prove scritte e le domande di quelle orali al candidato predestinato. Per quanto riguarda invece le condotte che sarebbero state poste in essere dagli indagati Razza e Scavone, per favorire nel primo caso la designazione di Filippo Fiorenza quale "esperto in elaborazione report e studi" per conto dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Palermo nel Progetto denominato "Osas Catania - Sentinelle della prevenzione", mentre nel secondo l'assegnazione a Loredana Gullotto (vicina a Scavone) di un incarico a tempo determinato quale "Amministrativo" nell'ambito del Progetto "Centro Cardio Hub e Spoke - modello di prevenzione e riabilitazione" presentato dall'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Garibaldi", le stesse assumerebbero particolare

gravita' in ragione del ruolo di primo piano allora rivestito dai medesimi nell'ambito della Giunta Regionale quali Assessori rispettivamente alla Salute il primo e alla Famiglia il secondo.

Il provvedimento rientra nell'operazione "Psn" , che nei giorni scorsi ha portato all'emissione dell'"ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari da parte del gip etneo ed eseguita dall'Arma dei carabinieri di Catania, nei confronti di Giuseppe Arcidiacono, Nunzio Ezio campagna, Sebastiano Ferlito e Gesualdo Antonio Missale che nel corso degli "interrogatori di garanzia" del 3 maggio, si sono avvalsi della facolta' di non rispondere.

SANITÀ CORROTTA

Inchiesta sanità: sospensione dai pubblici uffici per Razza, Scavone e La Mantia

Il gip di Catania Simona Ragazzi ha disposto la sospensione dall'esercizio di pubblici uffici e servizi per un anno di sei indagati nell'ambito di un'inchiesta della Procura etnea sulla sanità. Tra loro gli ex assessori Razza e Scavone. Tra i destinatari del provvedimento anche il presidente dell'ordine dei medici di Catania, Ignazio 'Igo' La Mantia, e Filippo Di Piazza, Giuseppe Di Rosa e Rosalia Maria Leonardi



Redazione

12 maggio 2023 11:28

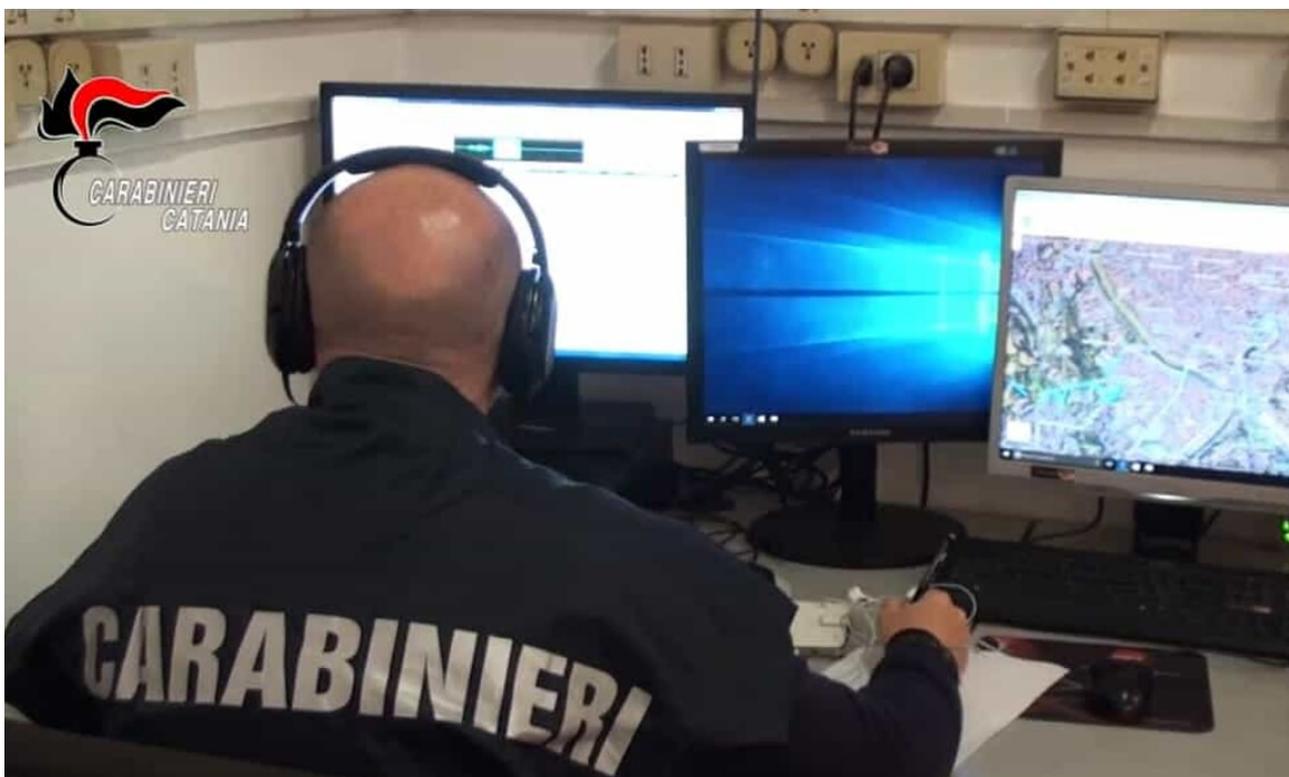


Foto archivio carabinieri

Su richiesta della Procura etnea, il Giudice per le Indagini Preliminari Simona Ragazzi ha emesso otto misure cautelari interdittive che comportano la sospensione dall'esercizio di pubblici uffici e servizi per la durata di un anno nei confronti di otto persone, indagate nell'ambito della recente indagine "Psn", su presunti favoritismi nell'ambito della Sanità catanese e regionale. Il provvedimento è stato notificato dai

carabinieri del nucleo investigativo del comando provinciale nei comuni di Catania, Palermo, Monreale e Zola Predosa (in provincia di Bologna).

Il commento dell'ex assessore Ruggero Razza: "Rispetto per i magistrati"

I nomi dei destinatari delle misure interdittive

Gli indagati destinatari della misura interdittiva sono: il medico palermitano Filippo Piazza, Giuseppe Di Rosa (anche lui di Palermo), Ignazio La Mantia (presidente dell'Ordine dei medici di Catania), gli ex assessori regionali Ruggero Razza ed Antonio Scavone, la docente ordinaria di Malattie odontostomatologiche Rosalia Maria Leonardi, il bolognese Alberto Bianchi e Calogero Grillo di Agrigento. Secondo la procura, sono tutti "gravemente indiziati, in concorso tra loro e con altri soggetti indagati dei reati di 'turbata libertà degli incanti e 'turbata libertà del procedimento di scelta del contraente' ".

Gli interrogatori

Nei giorni scorsi era stata eseguita un'ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari da parte del Gip etneo nei confronti del medico ed esponente di Fratelli D'Italia Giuseppe Arcidiacono, Nunzio Ezio Campagna, Sebastiano Ferlito e Gesualdo Antonino Missale che, nel corso degli interrogatori di garanzia del 3 maggio scorso, si sono avvalsi della facoltà di non rispondere. Dopo gli interrogatori svolti il 4 e 5 maggio, il giudice per le indagini preliminari ha scelto di applicare una ulteriore misura interdittiva agli altri otto indagati, "ravvisando - si legge sempre nella nota della Procura - come stringenti e attuali le esigenze cautelari, potendo gli stessi tornare a rivestire o continuare a ricoprire funzioni e ruoli nella pubblica amministrazione, nelle procedure concorsuali universitarie, nell'ambito della sanità pubblica, nella direzione di ordini professionali e nella compagine di governo di enti partecipati dalle pubbliche amministrazioni".

I ruoli degli indagati

Con ruoli diversi, avrebbero "condiviso e apportato un contributo penalmente rilevante ad un articolato sistema di turbativa di selezioni pubbliche a base clientelare e

familiistica, in spregio ai principi del buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione, traendone, come sarebbe stato nel caso di Leonardi, Scavone e Razza, anche un vantaggio per persone a loro molto vicine". Condotte illecite, quelle contestate che sarebbero state caratterizzate "dalla gravità, sistematicità e ampiezza delle manipolazioni che avrebbero accompagnato i Progetti Psn ed il concorso per direttore amministrativo dell' Ordine dei medici di Catania". In particolare, Alberto Bianchi e Calogero Grillo "non avrebbero attivato i loro poteri di controllo della legalità formale e sostanziale delle procedure cui partecipavano in ruoli di rilievo". Ed allo stesso tempo, "grave è il concorso alle turbative nell'attribuzione degli incarichi nei Progetti Carie, Osas e Cardio da parte di Rosalia Maria Leonardi". Stesso ragionamento, si legge tra le motivazioni della misura cautelare disposta dal Gip, varrebbe poi per Giuseppe Di Rosa, Filippo Di Piazza e Ignazio La Mantia, "poiché avrebbero concorso nell'alterazione della procedura concorsuale per l'incarico di dirigente amministrativo dell'Ordine dei medici di Catania in favore di Aldo Missale. Sotto tale profilo, particolarmente grave appare la condotta contestata a Di Rosa e Di Piazza", i quali si sarebbero prestati "perfino a consegnare le tracce delle prove scritte e le domande di quelle orali al candidato predestinato".

I ruoli di Razza e Scavone

Le condotte che sarebbero state poste in essere dagli ex assessori regionali, sotto indagine, Razza e Scavone, sarebbero state "volte a favorire nel primo caso la designazione di Filippo Fiorenza quale 'esperto in elaborazione report e studi' per conto dell'Ordine dei medici e Odontoiatri di Palermo nel Progetto denominato 'Osas Catania – Sentinelle della prevenzione', mentre nel secondo l'assegnazione a Loredana Gullotto(vicina a Scavone) di un incarico a tempo determinato da 'amministrativo' nell'ambito del progetto 'Centro Cardio Hub e Spoke – modello di prevenzione e riabilitazione', presentato dall'azienda ospedaliera Garibaldi".

La durata delle misure interdittive

Le condotte contestate assumerebbero particolare gravità in ragione del ruolo di primo piano allora rivestito da Scavone e Razza nell'ambito della Giunta Regionale quali Assessori rispettivamente alla Salute il primo e alla Famiglia il secondo. Il Gip etneo ha disposto una misura interdittiva di maggiore durata proprio per Razza, Scavone, La Mantia, Leonardi, Di Rosa e Piazza, "attesa la ritenuta maggiore gravità delle condotte

a loro contestate e comunque per il ruolo di elevata responsabilità che ricoprivano, nello svolgimento del quale o comunque in concomitanza con il quale hanno agito, e per il più elevato grado di adesione anche psicologica alle condotte contestate al Campagna e al Missale". Inferiore in termini di gravità invece quella contestata a Bianchi e a Grillo, "per il ruolo meno centrale che essi avrebbero svolto nei fatti e in ragione di un minore disvalore espresso dalle condotte loro addebitate".

Lunedì 15 MAGGIO 2023

Corleone in piazza per l'ospedale dei Bianchi

Il comitato civico formalizzerà oggi una richiesta per un incontro a Laccoto, presidente Commissione Salute all'Ars. "Il focus è la nascita, ma la questione è più ampia. Capiamo la carenza di medici, ma la preoccupazione è grande...". Il sindaco: "Non ci si può rassegnare all'idea che qui non si può nascere o che non si può raggiungere l'ospedale di Partinico perché le strade sono disastrose".

Mobilizzazione a Corleone in difesa dell'ospedale dei Bianchi. Il sindaco **Nicolò Nicolosi** ha riunito nei giorni scorsi i primi cittadini del comprensorio, i rappresentanti dell'Azienda sanitaria provinciale, dei sindacati e del comitato civico del Corleonese. "Voglio nascere a Corleone", creato per riaccendere i riflettori sulle problematiche del nosocomio, in particolare relative al punto nascita, e tutelare la salute di grandi e piccoli.

Al termine della riunione di venerdì scorso, è stato chiesto un incontro al presidente della Commissione Salute, Servizi sociali e sanitari dell'Ars, **Giuseppe Laccoto**. Il sindaco Nicolosi, che è anche presidente della Conferenza dei sindaci per la sanità provinciale, formalizzerà quest'oggi, 15 maggio, la richiesta.

"Ci facciamo portavoce di tutte le mamme – ha detto **don Luca Leone**, parroco di Corleone e tra i promotori del comitato -. Il focus è la nascita, ma la questione è più ampia. Capiamo la carenza di medici, ma la preoccupazione è grande".

"Non ci si può rassegnare all'idea che qui non si può nascere o che non si può raggiungere l'ospedale di Partinico perché le strade sono disastrose - conclude il sindaco Nicolosi - e la faccenda ci sta molto a cuore e per questo chiediamo un incontro con i vertici della sanità regionale".

Anniversario dello Statuto, Schifani: "L'autonomia siciliana mai attuata fino in fondo"

In primo piano pubblicata il **15 Mag 2023**

Ascolta

Assessorato/Ufficio: [Presidenza della Regione](#)

*Care Siciliane e Cari Siciliani,
Settantasette anni di autonomia costituiscono un traguardo, ma soprattutto un impegno. Lo Statuto, promulgato il 15 maggio 1946, è la nostra Carta fondamentale e giunse dopo un lungo percorso di rivendicazione dell'autonomia del popolo siciliano. La nostra autonomia "speciale" mai è stata attuata fino in fondo, innescando negli anni numerosi confronti e contenziosi con lo Stato.*

Oggi, come governo regionale, dobbiamo dare efficienza alla spesa, concentrandola su grandi investimenti, soprattutto nelle infrastrutture e nei collegamenti, affrontando, prima di tutto, il divario determinato dall'insularità; principio previsto dalla Costituzione come condizione che impone alla Repubblica di promuovere le misure necessarie a rimuoverne gli svantaggi. Una condizione che negli anni ha determinato ritardi nello sviluppo sociale ed economico della nostra terra, riducendo di fatto i nostri diritti rispetto ai cittadini del resto della Penisola.

Il regionalismo differenziato, il cui esame è già avviato dal Parlamento nazionale, impone di considerare i livelli essenziali delle prestazioni ed i doveri di solidarietà e su questo abbiamo chiesto ed ottenuto precisi impegni. Ma deve costituire per l'autonomia siciliana l'occasione per modernizzare le sue istituzioni, rendendole più efficienti e responsabili, per riformare le Province, riorganizzare la pubblica amministrazione, semplificando le procedure e snellendo la burocrazia, accrescere la qualità dei servizi.

Il divario tra Nord e Sud del Paese è aumentato. Ho riaffermato sul disegno di riforma del regionalismo che se si sono fatti passi in avanti rispetto al testo iniziale, che è stato modificato. Questo non significa che sia un'adesione definitiva, sia chiaro. Qualsiasi riforma non può essere penalizzante per la Sicilia e per il Sud. Vanno stabiliti i livelli essenziali delle prestazioni e dei servizi che vanno garantiti in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, riguardano i diritti civili e sociali da tutelare per tutti i cittadini.

L'autonomia differenziata è una scommessa e io mi aspetto da parte dei nostri ministri un'attenzione forte, in particolare per la nostra Sicilia. Il Parlamento nazionale sul tema dell'insularità ha stanziato soltanto 10 milioni, troppo pochi. Non accetteremo che la prossima finanziaria renda evanescente questo principio costituzionale che la Sicilia ha conquistato con le altre isole e una quota dovrà essere destinata alla riduzione del costo dei trasporti, a partire dai voli.

L'appello che rivolgo è a tutte le componenti politiche, sindacali, sociali, culturali della nostra Regione, per lavorare, aprendo un confronto leale, e affrontare insieme le sfide. Ed insieme scrivere il futuro. Viva la Sicilia!

Renato Schifani

Presidente della Regione

Ultimo aggiornamento

15/05/2023, 09:24

De Luca: “Niente Aula finché non tagliamo i nostri stipendi, Schifani? Viaggia in retromarcia: presto sostituirà Volo con Chinnici”

Chiara Billitteri | lunedì 15 Maggio 2023



Intervista del QdS a Cateno De Luca: "Maggioranza allo sbando, ma è tutta una strategia: indebolire le istituzioni siciliane per lasciare che comandi Roma".

E' impegnato in una campagna elettorale serrata per le prossime elezioni comunali, **Cateno De Luca**, leader del movimento **Sud chiama Nord**, e per questo annuncia che non prenderà parte ai lavori dell'Assemblea regionale siciliana "finché non si discuterà dell'abolizione dell'adeguamento Istat alle indennità dei parlamentari regionali".

In un momento in cui l'Assemblea regionale è così criticata per il suo immobilismo lei decide di non presentarsi in Aula?

Esatto. Abbiamo deciso una strategia di ammutinamento, cioè di non partecipare ai lavori dell'Ars. Ho già fatto sapere al presidente dell'Assemblea che finché non verrà portata in Parlamento la norma per abolire l'adeguamento Istat che ha fatto aumentare le indennità di tutti noi deputati, noi non ci saremo in Aula.

Proprio il presidente dell'Ars, Gaetano Galvagno, martedì scorso ha distribuito i dati sulla "produttività" dell'Ars: non proprio edificanti.

Nulla di nuovo sotto il sole. Che cosa si aspettava Galvagno dal presidente Schifani? Era scontato che dal Governo non arrivassero provvedimenti all'altezza della fase in cui siamo: bisognerebbe mettere la quarta, per usare una metafora automobilistica, invece Schifani ha ingranato la marcia indietro.

Non è un problema solo del Governo però. Galvagno si è detto "in imbarazzo" perché la maggior parte delle assenze erano tra i deputati, molti di loro di maggioranza.

E' ovvio che c'è uno sfilacciamento nella maggioranza, che è dovuto all'assenza di una strategia comune, di una qualsiasi strategia per la verità. Per essere unita la maggioranza dovrebbe avere uno slancio ideale, qualcosa a cui puntare, ma questo non c'è, perciò la situazione è allo sbando. E questo caos, anzi questo immobilismo, rispecchia la logica del Governo Schifani.

Quale sarebbe questa logica?

Quella di dare gli ultimi colpi di accetta alla Sicilia: Schifani ha prima rinunciato al contenzioso con lo Stato facendoci perdere miliardi di euro, poi ha detto sì all'Autonomia differenziata. Come ho detto molte volte, si conferma il miglior servitore dello Stato, cioè di Roma, che la Sicilia potesse avere. La nostra Isola in questo momento deve essere ai margini, pensi all'operazione San Donato, per cui il presidente Schifani sta chiudendo il polo di eccellenza di cardiocirurgia pediatrica di Taormina cancellando la convenzione con l'Ospedale Bambino Gesù per fare passare il reparto a Palermo, in accordo con il gruppo San Donato che è di Angelino Alfano. Un'operazione fatta per fare affermare con i poteri forti della Sanità Caterina Chinnici come prossimo assessore alla Salute, perché glielo dico io, sarà lei la sostituta di Giovanna Volo.

Il Governo avrà pure le sue responsabilità, ma in parlamento c'è pure l'opposizione. Che ci state a fare se non proponete leggi?

Ma l'opposizione non conta niente, a livello parlamentare conta solo nei momenti nevralgici tipo la legge di Stabilità. Quella ad esempio l'ho scritta io in rappresentanza dell'opposizione. Per il resto possiamo presentare tutti i disegni di legge che vogliamo, ma se poi non si va comunque da nessuna parte a che serve? Io non voglio mettermi a scrivere disegni di legge solo per affrancare il dato statistico.

Ci sono già 390 proposte di legge in commissione, e solo 15 sono state approvate esaminate e approvate per l'Aula. Se non lavorate neanche lì, come si fa ad andare avanti?

Ma scusi la Commissione chi è? E', anche quella, la maggioranza: i presidenti di Commissione sono tutti di maggioranza. L'ufficio di presidenza, che stabilisce i tempi e i percorsi dell'attività legislativa, è la maggioranza. Se non facciamo niente, la colpa è solo loro. Ma le ripeto, non è certo una questione di pigrizia. Pensarlo sarebbe un grosso errore. C'è, invece, una strategia precisa: delegittimare le istituzioni siciliane per non disturbare Roma.

Elezioni amministrative 2023, urne aperte fino alle 15 poi lo spoglio

15 maggio 2023 | 08.40

Redazione Adnkronos

LETTURA: 1 minuti

E-news

Le notizie che contano. Ogni giorno.

ISCRIV

Ieri affluenza in calo



Immagine di repertorio (Fotogramma)

Urne riaperte alle 7 nei 595 Comuni italiani che da ieri sono chiamati alle urne per eleggere il sindaco e rinnovare il Consiglio comunale. Sono oltre quattro milioni e mezzo, 4.587.877, di cui 402.967 all'estero, distribuiti su 5.426 sezioni, gli aventi diritto al voto. I seggi rimarranno aperti fino alle 15 e subito dopo inizierà lo scrutinio.

Leggi anche

Elezioni amministrative 2023, seggi aperti in 595 città: affluenza in calo

Comunali 2023, la prima 'tornata' di Schlein: obiettivo riconquista ex roccaforti

Ieri affluenza in calo. Alle 12 a votare è stato il 14,21% degli aventi diritto, rispetto alle precedenti elezioni in cui a votare era stato il 19,33%.

Il voto interesserà 595 comuni per un numero di elettori pari a 4.587.877 (di cui 402.967 all'estero) distribuiti su 5.426 sezioni. In particolare, andranno al voto 13 comuni capoluogo, di cui un capoluogo di Regione (Ancona) e 12 capoluoghi di provincia (Brescia, Sondrio, Treviso,

Vicenza, Imperia, Massa, Pisa, Siena, Terni, Latina, Teramo, Brindisi). L'eventuale ballottaggio, per le città dove nessun candidato avrà superato la soglia del 50% dei voti, sarà il 28 e 29 maggio.

Maxi sequestro beni da 65 milioni ai costruttori Luca accusati di essere contigui al clan Rinzivillo



di Manlio Viola | 15/05/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

Nove società di costruzioni, 186 fabbricati, 31 terreni e 23 rapporti bancari e finanziari per un valore complessivo stimato in 65 milioni di euro e una [mole economico finanziaria imponente](#). E' quanto sequestrato in base ad un provvedimento del Tribunale di Caltanissetta – Sezione Misure di Prevenzione, su proposta avanzata dalla Direzione Distrettuale [Antimafia nissena](#) ai costruttori Luca,.

Leggi Anche:

Sotto accusa un'intera famiglia e un poliziotto, tre arresti e quattro divieti di dimora nell'operazione Camaleonte del Gico

Il sequestro effettuato dalla Dia e dalla Guardia di Finanza di Caltanissetta ha colpito **Salvatore, Rocco e Francesco Antonio Luca**, imprenditori gelesi noti nel settore immobiliare e soprattutto in quello della commercializzazione di autovetture, anche di lusso.

Gli imprenditori colpiti

Gli imprenditori, colpiti dall'odierna misura di prevenzione patrimoniale, ai sensi della normativa antimafia, attualmente imputati, in un processo penale, per concorso esterno in associazione mafiosa, sono stati ritenuti soggetti di qualificata pericolosità sociale: in particolare sono emersi adeguati elementi per ritenere, in sede di prevenzione, la contiguità e complicità degli stessi con organizzazioni criminali riconducibili a cosa nostra; una sorta di opportunismo affaristico con esponenti della famiglia mafiosa dei **"Rinzivillo"**.

Le indagini

Le indagini di natura economico-patrimoniale hanno fatto emergere il reinvestimento da parte degli indagati di ingenti capitali, ritenuti dal Tribunale in materia di prevenzione di illecita provenienza, in numerose società, formalmente intestate ai familiari dei predetti, attive nel settore dell'edilizia e della rivendita di autovetture.

Il provvedimento ablativo, valutato in 65 milioni di euro circa, trae origine dalle risultanze compendiate nell'ambito di complesse e articolate attività investigative che sono state nel tempo coordinate dalla DDA della Procura della Repubblica di Caltanissetta e delegate, con particolare riferimento agli accertamenti economico patrimoniali, sia alla D.I.A. che alla Guardia di Finanza nissena. Tale provvedimento è stato preceduto dal sequestro degli stesi beni eseguito nel febbraio del 2021.

Leggi Anche:

Operazione Camaleonte, tornano in libertà tre imprenditori gelesi

Gli arresti nell'operazione Camaleonte

Nell'ambito del processo penale, nei confronti degli imputati, il G.I.C.O. della Guardia di Finanza di Caltanissetta aveva dato esecuzione all'ordinanza di custodia cautelare in carcere, emessa dal G.I.P. di Caltanissetta nell'ambito dell'operazione **"Camaleonte"**, per associazione mafiosa ed altri reati in quanto "...pur non essendo stabilmente inseriti nel sodalizio mafioso denominato "Cosa Nostra" operante in Catania, Gela, Vittoria e territori limitrofi, concorrevano nell'associazione mafiosa suddetta contribuendo sistematicamente e consapevolmente alle attività ed al raggiungimento degli scopi di tale organizzazione mafiosa, e segnatamente della famiglia mafiosa di Gela (Rinzivillo ed Emmanuello)...".

Cosa è stato posto sotto sequestro

Le attività economiche e i beni oggetto del provvedimento de qua, riguardano l'intero compendio aziendale nonché il capitale sociale, di n. 9 società, n. 31 terreni siti in Gela (CL), n. 186 fabbricati siti in Gela (CL), Marina di Ragusa (RG) e Vittoria (RG), e n. 23 rapporti bancari, finanziari e/o polizze assicurative.

Ryanair cerca assistenti di volo, tre giorni di selezioni a Palermo

I candidati si potranno presentare all'hotel Ibis Styles President per prendere parte alle selezioni. Ecco quando



Redazione

15 maggio 2023 08:45



Lauda Europe, compagnia aerea del gruppo Ryanair, continua con il reclutamento per assistenti di volo a Palermo. Le selezioni in Italia rientrano nel recruitment programme 2023, per il quale, Lauda Europe, ha programmato giornate di reclutamento per nuovi assistenti di volo con base a Palma di Maiorca, Vienna o Zagabria, in vista delle prossime assunzioni.

È possibile partecipare agli "open days" in Sicilia, il 18, 19 e 20 maggio a Palermo. I candidati si potranno presentare presso le location per prendere parte alle selezioni. Ad attenderli vi sarà Head of Inflight di Lauda Europe Ltd, Maria Cristina Civiletti. "Sono lieta di aver dato la possibilità a tanti ragazzi, grazie a Lauda Europe Ltd, compagnia

area facente parte di Ryanair Group, di fare una duratura esperienza lavorativa nel mondo dell'aviazione. Non vedo l'ora di incontrare i nuovi candidati che si presenteranno in queste giornate di reclutamento", dichiara Civiletti.

Si terranno due sessioni il 17 e 18 maggio, una alle 10 e una alle 15, e una sessione il 19 maggio alle 10 all'hotel Ibis Styles Palermo President, in via Francesco Crispi, 230. Dopo una breve prova di lingua inglese come pre-selezione per l'accesso ai colloqui individuali, ai candidati ritenuti idonei per accedere al corso di formazione gratuito, verranno spiegate nel dettaglio le opportunità relative alla carriera in Lauda Europe e le possibilità di crescita lavorativa. Vi è anche l'opportunità di svolgere la selezione da remoto in via telematica, scrivendo all'email cabincrewcareers@laudaeeurope.com con in allegato il proprio curriculum vitae. Il corso per assistenti di volo è gratuito e prevede una diaria giornaliera.

© Riproduzione riservata

TRASPORTI

Treni, cancellate per maltempo 5 corse tra le province di Palermo, Agrigento, Trapani e Caltanissetta

15 Maggio 2023



I sindaci consigliano di limitare gli spostamenti, a Palermo alcuni eventi sono stati rinviati, in molti comuni (come è stato reso noto già ieri), le scuole sono chiuse.

I provvedimenti per prevenire disagi o incidenti legati all'ondata di maltempo che sta investendo soprattutto la Sicilia occidentale riguardano anche i trasporti. Trenitalia, infatti, per oggi ha cancellato cinque corse che riguardano le province di Palermo, Trapani, Agrigento e Caltanissetta. Alcune sono state sostituite dai bus. Ecco quali.

Raccomandato da  Outbrain

Maltempo in Sicilia, ecco le corse dei treni cancellate

Sulle linee Agrigento-Palermo, Trapani-Palermo e Caltanissetta-Agrigento Trenitalia ha cancellato cinque corse e ha precisato che i treni regionali nel corso della giornata potranno subire ritardi, cancellazioni e limitazioni di percorso.

Al momento non è partito il treno da Castelvetro a Terrasini-Cinisi delle 5, quello da Agrigento a Caltanissetta delle 5.05, quello da Castelvetro a Trapani e da Trapani a Castelvetro. Cancellata anche la corsa da Terrasini-Cinisi a Trapani.

Chiusi pure i cimiteri per l'allerta meteo rossa, Lagalla: "Uscite solo per lavoro o necessità"

Il sindaco invita i cittadini inoltre a tenersi lontani da sottopassi e corsi d'acqua e aggiunge: "Personale delle aziende partecipate e Protezione civile al lavoro per ridurre disagi e garantire sicurezza"



Redazione

15 maggio 2023 06:15



Via Libertà allagata

Palermo, come previsto, si è svegliata stamattina sotto una fitta e intensa pioggia. "L'avvertenza principale ai palermitani e a tutti i cittadini del territorio della provincia è quella di limitare il più possibile gli spostamenti e di uscire da casa per ragioni di lavoro o di effettiva necessità e di scegliere, in quel caso, percorsi lontani dai sottopassi e dai corsi d'acqua". È la raccomandazione fatta dal sindaco Roberto Lagalla contestualmente all'**emissione dell'ordinanza** con la quale è stata disposta la chiusura di tutte le scuole pubbliche e private in città, a causa dell'**allerta meteo rossa** diramata dalla Protezione civile regionale.

Resteranno chiusi oggi anche tutti i cimiteri comunali. Sono numerosi i comuni della provincia che hanno preso provvedimenti identici. "Ringrazio fin da ora la Protezione civile comunale e le squadre delle aziende partecipate - aggiunge Lagalla - che stanno lavorando per prevenire il più possibile i disagi a causa di eventuali condizioni meteorologiche avverse e che saranno pronte a intervenire per garantire la sicurezza".

Dal violino al dipinto ritrovato sul web, oltre 2.000 reperti recuperati in un anno

Il bilancio del 2022 dei carabinieri del Nucleo tutela patrimonio culturale di Palermo. Oltre 450 i controlli preventivi eseguiti, due le persone arrestate e 50 quelle denunciate nell'ambito di attività volte al contrasto del traffico illecito di beni archeologici



Redazione

15 maggio 2023 09:15



Dal violino restituito al Conservatorio Scarlatti al sequestro del dipinto "Nobiluomo" del XVIII secolo rubato a Palermo nel 1991 e messo in vendita sul web. Sono 1.157 i reperti di interesse storico e 924 i reperti archeologici recuperati, nel 2022, in Sicilia, dai carabinieri del Nucleo tutela patrimonio culturale di Palermo e dalla dipendente Sezione di Siracusa. Oltre 450 i controlli preventivi eseguiti, due le persone arrestate e 50 quelle denunciate nell'ambito di attività volte al contrasto del traffico illecito di beni archeologici.

In tema di furti di beni culturali, nel 2022, si registra un decremento: sono stati denunciati 14 furti a fronte dei 20 dell'anno precedente. I più colpiti sono stati i luoghi

di culto (4); le biblioteche (4); i luoghi privati (3); i luoghi espositivi pubblici (2) ed i musei (1). Nel caso di musei e biblioteche, i furti sono emersi a seguito di controlli inventariali e, pertanto, riguardano reati commessi negli anni precedenti. La strategia di intervento del Nucleo si è articolata lungo due direttrici fondamentali: l'attività di prevenzione, rappresentata dalle molteplici attività ispettive, e l'azione di contrasto, sviluppata attraverso le indagini di polizia giudiziaria.

L'attività di prevenzione ha portato all'esecuzione di 456 controlli finalizzati alla sicurezza dei luoghi della cultura, quali musei, archivi, biblioteche ed aree archeologiche o tutelate da vincoli paesaggistici. Le verifiche hanno anche riguardato gli esercizi commerciali di settore, con numerosi controlli amministrativi presso mercatini, fiere ed antiquari che, sottolineano gli investigatori, "rivestono un ruolo fondamentale per contrastare la ricettazione di beni rubati". Altrettanto incisiva è stata l'azione di contrasto svolta attraverso indagini di polizia giudiziaria e finalizzata al recupero dei beni culturali trafugati e all'individuazione dei sodalizi criminali operanti nel settore. Nel 2022, sono state arrestate 2 persone e 50 denunciate in stato di libertà prevalentemente per furto, ricettazione e contraffazione di opere d'arte. Sono stati sequestrati beni culturali illecitamente sottratti per oltre sette milioni di euro, con l'esecuzione di 40 perquisizioni. I beni recuperati sono stati riconsegnati a musei, chiese e soprintendenze competenti per territorio.

© Riproduzione riservata

Sul ponte si decide la fiducia, appello alla Meloni: "Villa e Messina non vogliono essere snaturati"

La lettera del sindaco Caminiti alla premier: "Non ci servono 7 milioni per la comunicazione ma opere preliminari utili al territorio"



Redazione

15 maggio 2023 08:00



Il governo alla prova del nove per il ponte sullo Stretto. Oggi si deciderà se porre o meno la fiducia sul decreto come preannunciato la scorsa settimana.

La fiducia dovrebbe essere votata martedì 16, dopo lo stop dei lavori della Camera in vista delle amministrative, con voto finale nel pomeriggio.

A spingere in questa direzione la premier Giorgia Meloni a cui l'amministrazione comunale di Villa San Giovanni ha inviato una lettera in occasione dell'avvio, da domani, della discussione e approvazione alla Camera del disegno di legge di

conversione in legge del decreto 35/2023 recante disposizioni urgenti per la realizzazione del collegamento stabile tra la Sicilia e la Calabria.

Questo il testo della lettera firmata da sindaco, giunta e gruppo consiliare "Città in movimento".

"Abbiamo deciso, essendo al via da domani la discussione e approvazione alla Camera del disegno di legge di conversione in legge del decreto 35/2023 recante disposizioni urgenti per la realizzazione del collegamento stabile tra la Sicilia e la Calabria, di scrivere alla presidente Giorgia Meloni, per farle conoscere la Città di Villa San Giovanni, unicum mondiale per il traffico gommato e ferroviario, ma anche unicum perché bagnata dallo Stretto (luogo di miti e leggende), con sette chilometri di spiaggia da valorizzare per la loro vocazione turistica, baricentro del diportismo nautico tra Taormina, Tropea e le Isole Eolie; ma soprattutto per rappresentarle le ragioni di una Città che non vuole diventare la Città sotto il Ponte dello Stretto ma essere una Città trasportistica d'avanguardia e una Città turistica di eccellenza".

"A lei chiedo presidente – scrive il sindaco Giusy Caminiti – che Villa (e quindi anche Messina) possano vivere questo momento di profondo cambiamento urbanistico, sociale e anche economico, da protagoniste del proprio futuro. Non vogliamo essere snaturati della nostra identità di strettesi che per noi è cuore, habitat, cultura, continuità territoriale, vincolo viscerale con questo angolo di paradiso. Non ci servono 7 milioni per la comunicazione sul Ponte, ma servono opere preliminari utili al territorio; serve che nessun inizio lavori avvenga senza che siano certe le risorse destinate alla costruzione del Ponte (la variante di Cannitello, prima opera del Ponte, è lì a testimoniare la ferita inferta) e senza che sia certo il collegamento sia stradale sia ferroviario".

"Abbiamo invitato la presidente Meloni (dopo il ministro Salvini e le commissioni parlamentari) - si legge ancora nella missiva - a visitare la città, per trasformare in azione e impegno politico tutte le richieste fatte fin qui da Villa San Giovanni: la presenza della città (assieme a Messina), nelle forme giuridicamente possibili, al CdA della riattivanda società Stretto di Messina SpA, non come precedente ma come segnale preciso rispetto a un'opera ingegneristica unica al mondo; un accordo di programma quadro che promuova Villa San Giovanni come città innovativa per i trasporti, la salvaguardia delle risorse culturali e ambientali dello Stretto e lo sviluppo turistico, programmando grandi interventi; l'approvazione di una legge sulla continuità

territoriale, attesa da sempre da tutta l'Area Integrata dello Stretto; la rimodulazione della Zes al fine di estendere le superfici già individuate a ridosso del porto di Villa San Giovanni alla contigua area industriale di Campo Calabro, Villa San Giovanni e Reggio Calabria".

"Da donna a donna (prima alla guida della città e prima alla guida del Paese) il nostro sindaco ha voluto parlare al cuore di Giorgia Meloni, Presidente del Consiglio e madre: "Oggi, giorno della Festa della Mamma, nel farle i migliori auguri, mi appello – conclude Giusy Caminiti – al suo amore di mamma per ogni angolo di questa Italia, una mamma che concede a ciascuno dei suoi figli l'opportunità di realizzarsi secondo la propria inclinazione e vivere consapevolmente le scelte della vita: Presidente conceda alla mia Città l'opportunità di essere protagonista di questa fase di cambiamento, perché Villa e Messina saranno (se sarà!) i territori impattati dal Ponte sullo Stretto".

© Riproduzione riservata

ECONOMIA DELL'ATTENZIONE

Ritrovare il tempo nell'era del lavoro digitale: come mettere in atto il cambiamento

HomeCultura E Società Digitali



È possibile di ridurre, se non azzerare, in azienda gli effetti negativi dell'economia dell'attenzione, fra i quali l'apparente mancanza di tempo e del raggiungimento degli obiettivi che ci poniamo. Ecco come fare

Pubblicato il 15 mag 2023

Francesco Russo

Esperto in economia dell'attenzione



La nostra agenda è piena. Tutto il giorno i nostri smartphone non si fermano neanche un minuto. Alla fine della giornata crolliamo sul divano e ci addormentiamo nel tentativo di guardare un film.

Indice degli argomenti

La sensazione di aver “corso” tutto il giorno

La “colpa” è del digitale?

Gli obiettivi che un'azienda deve porsi

- L'effetto carrozzone

- Il nostro tempo annega nelle infinity pools

- In uno stato di distrazione infinita

Come mettere in atto un cambiamento

- Comprendere su cosa è importante concentrarsi

- Rendere più difficile l'accesso alle distrazioni

I consigli

Recuperare il proprio tempo e attenzione è “stranamente” facile

Conclusioni

La sensazione di aver “corso” tutto il giorno

A chi non è capitato, alla fine di una giornata di chiedersi: “che cosa ho fatto davvero oggi?”. La sensazione, per la gran parte di noi, è quella che alla fine della giornata si prova la sensazione di aver “corso” tutto il giorno, senza un momento di pausa, ma con la sensazione di non aver fatto poi niente di significativo.

Ripensare il performance management: approcci possibili? Scopri l'ap

Hybrid Workplace # Work performance

WHITEPAPER

[Leggi l'informativa sulla privacy](#)

Email*

Email aziendale

- Consente l'invio di comunicazioni promozionali inerenti i prodotti e servizi di soggetti terzi rispetto alle Contitolari che appartengono al ramo manifatturiero, di servizi (in particolare ICT) e di commercio, con modalità di contatto automatizzate e tradizionali da parte dei terzi medesimi, a cui vengono comunicati i dati.

SCARICA IL WHITEPAPER

Eppure, è possibile di ridurre, se non azzerare, in azienda gli effetti negativi dell'economia dell'attenzione, fra i quali l'apparente mancanza di tempo e del raggiungimento degli obiettivi che ci poniamo.

La "colpa" è del digitale?

L'introduzione dei dispositivi digitali nella nostra quotidianità ha accelerato in modo vertiginoso il ritmo della nostra quotidianità, sia lavorativa che personale. Non abbiamo compreso che i dispositivi digitali devono essere una leva per liberare tempo, farci compiere il lavoro in meno tempo ed in modo più efficace, proprio per permetterci di raggiungere i nostri obiettivi, senza dover esaurire le nostre risorse cognitive e fisiche.

Il risultato del mio lavoro è quello di poter essere meno "occupati", meno distratti e godere di più del momento presente. So che questa frase sembra più uno slogan da "hippy", ma non sono solo serio nello scriverlo. Credo fermamente in queste parole. Attenzione. Non si tratta di ottenere di più, di fare più cose in meno tempo, di finire più velocemente le cose da fare o chissà cos'altro. Si tratta invece di sviluppare un vero e proprio sistema progettato per avere più tempo durante la giornata per le cose davvero importanti. Si tratta di adottare un vero e proprio protocollo, che personalmente ho affinato in più di vent'anni di consulenze in azienda.

Quello a cui mi sto riferendo non è "il metodo". In un momento storico dove molte persone hanno "il metodo", non sono qui per distribuire una verità sconvolgente, di avere l'illuminazione. Semplicemente si tratta di fermarsi a riflettere, fermarsi a pensare, ascoltare ciò che le neuroscienze ci insegnano, fare nostri questi insegnamenti e metterli in pratica.

Gli obiettivi che un'azienda deve porsi

Mettere in pratica nel concreto di un business ciò che l'esperienza umana nel corso di millenni ha imparato, coniugando questa esperienza con le più moderne ricerche neuroscientifiche, oggi è di vitale importanza per il successo del business.

L'obiettivo che ogni azienda si deve porre è quello, infatti, di permettere ai propri collaboratori di sviluppare un approccio al lavoro e all'organizzazione, che permetta di raggiungere gli obiettivi, grazie proprio a quei dispositivi digitali che nella gran parte dei casi si trasformano in trappole che causano distrazioni e perdite di tempo.

Le aziende devono adottare un protocollo che permetta ai propri collaboratori e alle proprie collaboratrici di dedicarsi a ciò che sta a cuore, sia che si tratti di passare del tempo con la famiglia, imparare una lingua, avviare un'attività secondaria, fare del volontariato, scrivere un romanzo o essere più performanti nel proprio lavoro.

L'effetto carrozzone

Sono due i fattori, fra i molti, che contribuiscono a ridurre notevolmente la capacità di un'azienda di effettuare quei cambiamenti necessari a garantire il futuro dell'azienda. Il primo fattore è legato ad un bias cognitivo noto come "effetto carrozzone". Un bias cognitivo che descrive come le persone spesso compiono alcuni atti o credono in alcune cose solo perché la maggioranza della gente crede o fa quelle stesse cose. In questo caso specifico siamo stimolati ad assumere ogni giorno un modello di comportamento che ci spinge ad essere occupati dal primo istante in cui ci svegliamo fino al momento prima di addormentarci.

Oggi in azienda la cultura che prevale è quella di un impegno costante, con caselle di posta traboccanti di e-mail, con calendari pieni di riunioni, di liste infinite di cose da fare. Per soddisfare le aspettative delle esigenze delle aziende e della società in cui viviamo siamo stimolati a rendere "produttivo" ogni secondo della nostra giornata.

Essere più produttivi non significa fare il lavoro più importante. Spesso significa solo che stiamo reagendo più velocemente alla priorità di un'altra persona.

Rallentare è sinonimo di rimanere "indietro", e rimanere "indietro" significa non riuscire a recuperare. Dobbiamo a qualsiasi costo stare al passo, con ritmi che però di fatto la biologia dell'essere umano non è in grado di sostenere.

Il nostro tempo annega nelle infinity pools

Il secondo fattore che si contende il nostro tempo è definibile con le parole "infinity pools". Cioè tutte quelle applicazioni che attraverso lo "swipe down", lo scorrere verso il basso, si aggiornano continuamente, all'infinito.

Le applicazioni che utilizziamo sono progettate per offrirci una sorta di "intrattenimento continuo", sia che le utilizziamo per lavoro sia che le usiamo per il nostro tempo libero. Le applicazioni sono progettate per catturare l'attenzione dell'utente e tenere una persona il più a lungo possibile impegnata nell'uso dell'applicazione stessa.

In uno stato di distrazione infinita

Questi due fattori fanno parte di un gruppo preciso di ingredienti che compongono una vera e propria "rete" capace di catturare la nostra attenzione. "Ingredienti" capaci di diventare una vera e propria abitudine, abitudine che fa sì che la "rete di ingredienti" ci induce in uno stato di distrazione infinita, e soprattutto che ci porta a rimanere settati perennemente su quello che è definibile come "pilota automatico". Cioè quella condizione in cui è la nostra "mente arcaica" a condurre la gran parte delle nostre decisioni e a compiere le nostre scelte.

Ricorrere al "pilota automatico" significa agire attraverso schemi predefiniti, quello che chiamiamo "agire d'istinto". I nostri luoghi di lavoro sono oggi caratterizzati da dispositivi digitali che stimolano proprio questo "agire d'istinto" e fanno della distrazione una condizione normale.

Chi di noi guardando alla propria agenda completamente vuota ha pensato: "ecco il modo migliore per passare il tempo!". Credo di poter affermare con un certo grado di sicurezza che la risposta è "nessuno". Ma sarebbe poi così assurdo porsi in questo modo nei confronti di una giornata priva di impegni?

Una riunione, ad esempio, ha una durata predefinita di trenta o sessanta minuti, anche se nella gran parte dei casi una breve chiacchierata sarebbe più che sufficiente. Per impostazione predefinita non concepiamo che una riunione possa durare pochi minuti. Molto del nostro lavoro è affidato alle e-mail ed ai sistemi di messaggistica. Sempre per impostazione predefinita controlliamo costantemente le nostre caselle di posta, le notifiche dei messaggi e rispondiamo a tutti quelli che ci arrivano. In tanti anni di consulenze ho dovuto mio malgrado riscontrare quanto la mancanza di un protocollo sull'uso equilibrato dei sistemi di comunicazione digitale comporta un eccesso di comunicazioni, che potrebbero essere evitate, e che hanno come conseguenza la perdita di una notevole quantità di tempo.

Ci viene insegnato ad essere "proattivi". Che dobbiamo ottimizzare il nostro tempo, che dobbiamo essere efficienti e che dobbiamo ottenere e dare di più. Quando riusciamo a mettere un "freno" a questo approccio al lavoro, rischiamo di essere catturati dai servizi offerti dai nostri dispositivi digitali. In particolari dalle applicazioni dei nostri smartphone. Dagli impegni infiniti passiamo spesso alla distrazione infinita di social network, delle ultime notizie, dei video in streaming, dei videogiochi, e così via.

Con la mole di ore che ogni persona passa davanti allo schermo del proprio smartphone (**media di 4,8 ore**), e più in generale con i dispositivi digitali (**quasi 8 ore ogni giorno**), la distrazione è letteralmente un lavoro a tempo pieno.

Come mettere in atto un cambiamento

Quante persone si fermano e si pongono domande come "cosa voglio dalle mie giornate?" o "cosa succederebbe se mi sganciassi dalle mie abitudini governate dal pilota automatico?". Poche. Molte persone percepiscono la necessità di apportare al proprio stile di vita un cambiamento, ma poche trovano poi la strada per mettere in atto questo cambiamento.

In questo caso non è sufficiente l'assioma "volere è potere". La forza di volontà è sicuramente condizione necessaria, ma non è sufficiente. Resistere al canto delle sirene della distrazione è difficile, molto difficile. Ecco perché le aziende hanno bisogno di figure specializzate negli effetti negativi dell'economia dell'attenzione.

Anche là dove nelle aziende i dispositivi sono poco presenti. Perché è la vita di ognuno di noi che è permeata di dispositivi digitali, e la rete di abitudini che queste costruiscono avvolge ogni persona. Là dove riusciamo a ridurre la presenza dei dispositivi digitali, subentra l'eccesso di compiti da svolgere durante la giornata. Più corriamo sulla ruota del criceto e più questa gira velocemente.

Comprendere su cosa è importante concentrarsi

Ovviamente una soluzione, anzi più soluzioni, esistono. C'è un modo per "liberare" la nostra attenzione dalle distrazioni e, soprattutto, riprendere il controllo del nostro tempo. Diventa importante comprendere su cosa è importante concentrarsi, come trovare l'energia per svolgere i compiti importanti ed infine rompere con quelle abitudini che ci inducono ad usare il "pilota automatico".

In azienda non sempre possiamo avere il controllo dell'organizzazione del lavoro e dell'agenda, ma abbiamo sempre il totale controllo della nostra attenzione.

Creare nuove abitudini permette di poter reagire in modo differente agli stimoli che generalmente ci portano a ricorrere al pilota automatico. In particolar modo ci permette di reagire in modo consapevole ed ci evita di agire d'istinto.

Tutto questo non significa risparmiare tempo per fare più cose o avere più tempo libero. Ma il nostro scopo deve essere quello di svolgere grazie ai dispositivi digitali a nostra disposizione ogni compito nel giusto tempo, che implica svolgere il compito con attenzione, precisione e consapevolezza. Questo implica per l'azienda la riduzione, se non l'azzeramento, dei costi derivanti dalle distrazioni e da un lavoro svolto in modo "automatico".

Questo approccio porta chiarezza e calma. Può creare lo stimolo per iniziare nuovi hobby o per realizzare quel progetto che "un giorno realizzerò". Trovare "spazio" nella nostra quotidianità. Lavorare con il giusto ritmo, permette di sbloccare la nostra energia creativa che consente il processo di innovazione.

Rendere più difficile l'accesso alle distrazioni

Il primo passo da compiere è rendere più difficile l'accesso alle distrazioni. Come scrivevo qualche riga sopra, la forza di volontà non è sufficiente. È come quando cerchiamo di perdere di peso, la forza di volontà è importante, ma evitare di avere in casa "merendine caloriche" è un buon aiuto.

Impostare lo smartphone in modalità "non disturbare", leggere le notizie solo in un momento della giornata o riprogrammare il tempo dedicato al proprio sonno. Sperimentare piccoli pasti piuttosto che solo due pasti. Possiamo valutare se è meglio bere caffè o tè. Si possono provare diversi regimi di esercizio fisico. Introdurre applicazioni sui nostri dispositivi digitali che ci permettono di gestire al meglio per la lista delle cose che dobbiamo fare.

I consigli

Ecco allora quattro consigli:

- Scegliere un obiettivo ad alta priorità da portare a termine
- Focalizzare i potenziali fattori di distrazione
- Energizzare: usare il corpo per ricaricarti
- Riflettere: affinare il protocollo e migliorarlo costantemente

Una delle cose che insegno è che succede qualcosa di magico quando si comincia la giornata con un obiettivo ad alta priorità. Richiamare l'attenzione su un solo punto focale. Quando si ha un obiettivo "ambizioso" ma realizzabile al giorno è più che sufficiente. Permette di tornare a casa soddisfatti.

Il secondo passo è ridurre, o là dove possibile, vietare l'uso dei dispositivi digitali in alcune fasce orarie, per permettere alle persone di concentrarsi. Quando ciò avviene i risultati sono davvero incredibili. Senza la costante presenza di e-mail, di notifiche, delle telefonate e così via, le persone portano la loro completa attenzione al compito da svolgere nasce la concentrazione che porta allo stato di flusso.

Un pranzo sano, una camminata veloce, pause frequenti e una giornata lavorativa un po' più breve, contribuiscono a mantenere il "picco di energia", e a far sì che il lavoro sia migliore e più efficace.

Recuperare il proprio tempo e attenzione è "stranamente" facile

Ovviamente non è possibile tracciare una strada a priori, va realizzata tenendo in considerazione le esigenze dell'azienda e delle persone. Un passo alla volta.

Voglio leggere un libro alla sera? Oltre ad impegnarmi nel leggere, posso staccare letteralmente la spina del televisore dalla presa, mettere un telo sopra la televisione o arrivare a spostarla in un'altra stanza della casa.

Al lavoro? Domandati, una o più app che utilizzi sul tuo smartphone, sono davvero fondamentali? Oggi cancellare una app dal proprio smartphone è un vero e proprio atto di coraggio e di consapevolezza.

Semplici e pochi cambiamenti nella quotidianità personale ed in azienda permettono ai collaboratori ed alle collaboratrici di sentire le proprie energie cognitive e fisiche rinnovate e provare un senso maggiore di soddisfazione nei compiti che svolgono.

Non si tratta di bandire la tecnologia in azienda, ma di riprogettare il modo in cui si usa la tecnologia per fermare il ciclo infinito della distrazione.

Quello che mi capita di ricevere come riscontro è che recuperare il proprio tempo e la propria attenzione è "stranamente" facile. I cambiamenti non richiedono interventi straordinari di autodisciplina, ma semplicemente introdurre nuove abitudini che si sostituiscano a vecchie abitudini che non ci fanno bene e che per il nostro lavoro e la nostra vita sono solo negative.

Per concentrarsi e dedicare tempo a ciò che conta, il cervello ha bisogno di energia, e questa energia proviene dalla cura della nostra mente e del nostro corpo. Con l'esercizio fisico, il cibo, il sonno, la tranquillità e il tempo a disposizione. Non è così difficile come potrebbe sembrare. Gli stili di vita predefiniti del XXI secolo ignorano fundamentalmente la nostra biologia e di conseguenza ci privano delle nostre energie.

Infine, prima di andare a letto, prenderete alcuni appunti. È semplicissimo. Decidere quali scelte continuare, quali perfezionare o abbandonare. Cosa ha portato gioia nella giornata? Cosa di è fatto durante la giornata? E così via. Con il tempo, potrai costruire un sistema quotidiano personalizzato, adatto alle tue abitudini che ti permetterà di raggiungere i tuoi obiettivi, senza "sprecare tempo" e soprattutto senza essere in una condizione di distrazione perenne. Non si deve necessariamente provare qualcosa di nuovo ogni giorno. Se quello che fai funziona, continua a farlo. Ma se non funziona o se pensi che potrebbe funzionare meglio, ogni giorno hai l'opportunità di apportare dei cambiamenti. Inizia con piccoli cambiamenti, i risultati positivi arriveranno e avrai la motivazione per proseguire sulla strada del cambiamento.

Conclusioni

In sintesi, non si tratta di essere dei maestri e delle maestre di efficienza. Ma di essere capaci di focalizzare la nostra attenzione sulle cose importanti e ottenere soddisfazione da ciò che facciamo. Questo ci permetterà al business dell'azienda di volare.

Per fare tutto questo il primo passo è tanto semplice quanto complesso, ma non impossibile: inizia a rallentare.

Quanto costerà andare in vacanza quest'estate: fino a 800 euro in più a famiglia, boom viaggi aerei e alberghi

15 MAGGIO 2023 - 05:07

di Redazione



Incrementi in quasi tutti i settori. Rincari dal 9 al 21%. In controtendenza i viaggi in auto. Ma spritz e birra costeranno di più

Quest'anno le vacanze costeranno circa 800 euro in più a famiglia. Per colpa dei rincari e dell'inflazione. Ma anche a causa dell'incremento della domanda. Per una settimana di ferie in Italia i rincari vanno dal 9 al 21%. Mentre i voli crescono del 45%. In controtendenza ci sono i viaggi in auto e quelli in traghetto. Quanto costeranno le vacanze quest'anno lo calcola oggi l'associazione Federconsumatori. I numeri li illustra *Il Sole 24 Ore*. Che spiega come un nucleo familiare composto da quattro persone dovrà rinunciare a uno o due giorni di vacanza per far quadrare i conti, se la sua capacità di spesa non è cresciuta. «Secondo la nostra elaborazione su tre tipologie

di vacanze ci sono 800 euro di differenza», spiega Giovanna Capuzzo, vicepresidente di Federconsumatori.

I rincari

In Italia l'inflazione è arrivata all'8,3% su base annua ad aprile. E questo ha avuto un effetto sui voli. I prezzi sono cresciuti dal 31 al 34%. Per le tratte internazionali si arriva al 45% in caso di prenotazione a maggio per luglio. Si tratta di un rimbalzo, visto che nel 2022 i prezzi erano scesi quando il paese usciva dalla pandemia. Federconsumatori ha analizzato alcune tipologie di vacanze:

- la vacanza al mare: una settimana di ferie in località balneari con albergo tutto incluso quest'anno arriverà a costare 5.648 euro a una famiglia composta da due adulti e due bambini. Il calcolo tiene conto di un albergo a quattro stelle, escursioni, sport e divertimenti. L'unica voce al ribasso è il trasporto in auto;
- una settimana in montagna invece avrà rincari più contenuti: a parità di opzioni la spesa sarà di 4.482 euro, in aumento del 9%. Anche qui le voci che costano di più sono le escursioni e il pernottamento in albergo;
- sul podio degli aumenti ci sono le crociere: +21% rispetto all'anno scorso. 3.318 euro a persona è la spesa media calcolata.

Alberghi e affitti brevi hanno subito rialzi dall'8 al 30%. La montagna già registra il tutto esaurito. Per città d'arte e cultura il coefficiente di riempimento è già arrivato al 25%. Il costo medio per una notte a Roma è arrivato a 134 euro, in Puglia a 300.

Le spese

Federconsumatori consiglia la vacanza on the road. Perché i viaggi in automobile sono quelli che hanno subito i minori rincari. La spesa è in calo del 24%. Muoversi in treno invece costerà l'11% in più. Il traghetto invece costa meno. I biglietti aerei crescono invece del 34%. Anche i pacchetti vacanza dei tour operator crescono del 17%. E anche il mare è più salato: per ombrellone, sdraio e lettino sono previsti rincari del 33%. L'impatto più alto sarà per chi è abituato ad affittare questi

servizi per tutta la stagione. Mentre l'indagine segnala un calo dell'abbonamento mensile, passato da 795 a 718 euro. Anche maxiombrelloni e aree fitness subiranno aumenti.

Cara Estate

Uno studio del Codacons ha invece elaborato il quadro dei rincari sui beni e i servizi tipici del periodo di vacanza. L'aumento va dal 15,5% per una birra al 26,8% di un pacchetto vacanza, passando per il 10-15% dei servizi in spiaggia. Negli alimentari i prodotti più consumati durante l'estate subiscono rincari anche a due cifre. Per esempio i gelati che, rispetto allo scorso anno, costano addirittura il 22% in più. Il pesce fresco aumenta in media del +5,9% ma se si ricorre ai prodotti ittici surgelati l'incremento sale al +16,6%. Frutta e verdura fresca salgono entrambi del +7,6%, mentre per le patatine fritte la spesa aumenta del +16,1% su base annua.

Spritz e birra costeranno di più

Lo studio stima che gli aperitivi alcolici rincarano del +11,5%, le bevande alcoliche del +8,6%, la birra del +15,5%. E va peggio a chi opererà per le bevande analcoliche, i cui prezzi salgono del +17,1%, raggiungendo il picco del +18,4% per i succhi di frutta; +15% le acque minerali. La lista del caro-estate prosegue con i trasporti: acquistare un volo per una località estera costa oggi in media il 46,6% rispetto allo scorso anno, mentre i biglietti dei treni aumentano del 6%. Le biciclette salgono del +4,8%, mentre per autocaravan, caravan e rimorchi si spende il 15,6% in più. Rincari anche per il settore nautico: imbarcazioni, motori fuoribordo ed equipaggiamento per imbarcazioni segnano un +12,6%.

La spiaggia e il giardino

I rincari si registreranno anche in spiaggia: il caro-energia farà salire anche le tariffe praticate dagli stabilimenti balneari per l'affitto di lettini, ombrelloni e sdraio, e per le consumazioni presso i lidi (bibite, gelati, acqua, ecc.) con rincari medi che l'associazione stima tra il +10% e il +15% rispetto al 2022. E ancora: settimanali e periodici costano infatti il 9% in più sul 2022, mentre i prodotti di bellezza per il corpo aumentano del 7,9%. Pure i mobili da giardino aumentano del +4,6%, gli utensili e le attrezzature per il verde del +3,9%, piante e fiori del +6,1%. Per installare un condizionatore d'aria in casa, invece, si spende oggi il 6,9% in più.

LA SOMMA AGGIUNTIVA

Pensioni: chi avrà fino a 655 euro in più (ma per un solo mese)

Quattordicesima 2023: si tratta di una somma aggiuntiva alla pensione corrisposta dall'Inps a luglio o a dicembre. L'assegno varia in base agli anni di contribuzione e al reddito: il minimo è 336 euro. Ecco a chi spetta e tutti i dettagli



Vio.Gor.

15 maggio 2023 07:53



Foto di archivio LaPresse

Fino a un massimo di 655 euro in più, ma per un solo mese. Tra circa due mesi arriva la quattordicesima, cioè la somma aggiuntiva della pensione corrisposta ogni anno dall'Inps a luglio o a dicembre. La riceveranno i pensionati con almeno 64 anni di età e alcuni requisiti specifici di reddito. Nel dettaglio, si tratta di una somma aggiuntiva alla pensione corrisposta dall'Inps a luglio o a dicembre di ogni anno e introdotta dall'articolo 5, commi da 1 a 4, del decreto legge 2 luglio 2007 numero 81, in seguito convertito con modificazioni nella legge 3 agosto 2007, numero 127. Spetta ai

pensionati di almeno 64 anni che hanno un reddito complessivo fino a un massimo di 1,5 volte il trattamento minimo annuo del fondo pensioni lavoratori dipendenti fino al 2016, e fino a due volte il trattamento minimo annuo del fondo lavoratori dipendenti dal 2017.

L'assegno in questione varia a seconda degli anni di contribuzione e del reddito complessivo del pensionato: si parte da un minimo di 336 euro e si arriva a un massimo di 655 euro. Ricevono la misura anche le vedove che percepiscono la pensione di reversibilità, purché ci siano alcune condizioni anagrafiche e di reddito: aver compiuto 64 anni entro il 31 luglio e avere redditi non superiori a due volte il trattamento minimo Inps. La prestazione, sottolinea l'istituto nazionale di previdenza sociale, viene pagata sulla rata pensionistica di luglio per coloro che perfezionano i prescritti requisiti entro il 31 luglio dell'anno di riferimento.

Per coloro che, invece, perfezionano il requisito anagrafico richiesto dal 1° agosto in poi, la corresponsione sarà effettuata sulla rata di dicembre dell'anno di riferimento. In ogni caso il pensionato che ritenga di averne diritto e non riceva la somma può comunque farne richiesta alla sede, presentando anche la dichiarazione reddituale. Se le condizioni risulteranno verificate, la quattordicesima sarà pagata sulla prima rata utile. In ogni caso, qualunque sia l'importo erogato, la quattordicesima mensilità non costituisce reddito né ai fini fiscali né ai fini dell'erogazione di prestazioni previdenziali e assistenziali.

Importo ed erogazione della somma aggiuntiva

Fino a 1,5 volte il trattamento minimo (reddito lordo fino a 10.992,93 euro)

Anni di contribuzione per lavoratori dipendenti	Anni di contribuzione per lavoratori autonomi	Somma aggiuntiva dal 2017
Fino a 15	Fino a 18	436,80 euro
Oltre 15 fino a 25	Oltre 18 fino a 28	546,00 euro
Oltre 25	Oltre 28	655,20 euro

Fino a 2 volte il trattamento minimo (reddito lordo fino a 14.657,24 euro)

Anni di contribuzione per lavoratori dipendenti	Anni di contribuzione per lavoratori autonomi	Somma aggiuntiva dal 2017
Fino a 15	Fino a 18	336,00 euro
Oltre 15 fino a 25	Oltre 18 fino a 28	420,00 euro
Oltre 25	Oltre 28	504,00 euro

Gli aumenti per le pensioni minime, con gli arretrati

Non è finita qui. Per quanto non ci sia ancora l'ufficialità, a luglio 2023 dovrebbero inoltre arrivare finalmente gli aumenti destinati ai titolari di pensioni minime, decisi con la legge di stabilità. Oltre all'incremento stabilito per legge, i pensionati beneficiari riceveranno anche gli arretrati per i mesi non pagati. Oltre a rideterminare le percentuali di indicizzazione delle pensioni all'inflazione (già diventate effettive), con la manovra il governo ha introdotto un ulteriore incremento per gli assegni pari o inferiori al trattamento minimo Inps (che è di circa 563 euro), dell'1,5% per il 2023 e del 2,7 per il 2024. Per chi ha 75 anni o più invece l'aumento è stato maggiorato al 6,4%. Il che vuol dire che con un assegno di 563,74 euro si ha diritto a poco più di 8 euro in più sul cedolino, che diventano circa 36 per i pensionati con età pari o superiore a 75 anni.

Finora però questi aumenti sono rimasti solo sulla carta. A quanto pare il problema principale è stata la fretta con cui è stata redatta la norma, visto che non è stata circoscritta la platea potenziale di beneficiari che ricevono un importo minimo, attualmente stimabile in due milioni di persone. In sostanza, considerando che l'incremento è pari a 1,5 punti percentuali per l'anno 2023, chi ha meno di 75 anni e un assegno complessivo di 563,74 (il minimo Inps) otterrà 8,46 euro al mese in più, quindi 572,20 in totale. Chi invece ha più di 75 anni avrà una maggiorazione di 36,08 euro, che porterà l'assegno mensile a 599,82 euro.

A inizio aprile l'Inps ha diffuso una circolare in cui ufficializzava gli aumenti, ma la data effettiva di messa a pagamento non è ancora ufficiale. Sembra tuttavia molto probabile che gli incrementi scatteranno con i pagamenti di luglio. Certo è che i titolari di pensione minima avranno diritto anche agli arretrati, visto che la legge di bilancio stabilisce che gli aumenti riguardano i pagamenti "per ciascuna delle mensilità da gennaio 2023 a dicembre 2024, ivi compresa la tredicesima mensilità spettante".

Tabella A

CALCOLO DELL'INCREMENTO MASSIMO MENSILE**DEL TRATTAMENTO MINIMO PER L'ANNO 2023****INFRA75ENNI = 1,50%****ULTRA75ENNI = 6,40%** $563,74 + 8,46 = 572,20$ $563,74 + 36,08 = 599,82$

Dall'annullamento alle spese mediche: meglio partire stipulando assicurazioni su misura

Voglia di viaggi: sì, ma al sicuro

Ampia l'offerta di polizze, valide anche solo per un week end

Pagina a cura

DI IRENE GREGUOLI VENINI

Si avvicina il periodo estivo e molti cominciano a pianificare le vacanze, anche perché dopo l'emergenza sanitaria si sta tornando a viaggiare come prima.

Ma sono sempre di più le persone che, anche per effetto dell'incertezza economica e geopolitica, prima di partire preferiscono tutelarsi stipulando una polizza viaggio: l'offerta è molto ampia e si va dall'annullamento della vacanza alle spese mediche per malattia o infortunio fino all'assistenza stradale, con opzioni che coprono periodi molto brevi come un weekend fino a prodotti che valgono per tutti gli spostamenti dell'anno.

Lo scenario. Secondo l'analisi di Allianz Partners, il volume dei viaggi rimane elevato nel 2023 e l'interesse dei consumatori per le assicurazioni si conferma al di sopra dei livelli pre-pandemia.

I dati del Customer Lab di Allianz Partners relativi a Belgio, Francia, Germania, Italia e Regno Unito, mostrano che le intenzioni di acquisto di una polizza viaggio sono più che raddoppiate tra il 2019 e il 2022, passando dal 21% del 2019 al 55% del 2022 per le trasferte internazionali.

L'elevata domanda è accompagnata da un significativo aumento delle aspettative dei clienti nei confronti delle polizze, tra le quali si segnalano soprattutto una gestione più tempestiva dei sinistri e una maggiore reattività. Il tutto in uno scenario economico e geopolitico non semplice: mentre la domanda rimane molto forte, il rialzo dei tassi di interesse e del costo dei prestiti, unito alle forti pressioni inflazionistiche, possono avere un impatto sui piani dei viaggiatori, soprattutto in termini di spese discrezionali accessorie alla vacanza stessa.

Tra le tendenze che avranno un impatto sull'offerta assicurativa, secondo Allianz Partners, ci sono anche il digitale per ridurre i costi e migliorare l'esperienza del cliente, la personalizzazione dei servizi quando si affrontano situazioni complesse e delicate, in particolare le emergenze mediche, e la sostenibilità, che rimane un fattore importante per molti viaggiatori.

C'è da tenere presente, inoltre, che in generale c'è fi-

Polizze e viaggi nel 2023: lo scenario

In Belgio, Francia, Germania, Italia e Regno Unito, le intenzioni di acquisto di un'assicurazione viaggio sono più che raddoppiate tra il 2019 e il 2022, passando dal 21% del 2019 al 55% del 2022 per i viaggi internazionali

Tra le aspettative dei clienti più sentite, rispetto alle polizze viaggio, ci sono una gestione più tempestiva dei sinistri e una maggiore reattività

Gli italiani, insieme ad austriaci e inglesi, sono particolarmente fiduciosi sulla possibilità di viaggiare nel 2023, con il 79% che si sente sicuro di poterlo fare. La fiducia è elevata in tutte le fasce d'età, e in particolare in quella tra i 25 e i 34 anni, che con il 78% risulta la popolazione che ha espresso le maggiori aspettative, in Italia così come in Europa

Il 40% dei viaggiatori in Europa (il 33% in Italia) di età inferiore ai 35 anni ha dichiarato che probabilmente modificherà i propri piani di viaggio a causa delle preoccupazioni per il cambiamento climatico

Fonte: Allianz Partners

I rincari pesano sulla scelta delle mete

Una ricerca dell'app finanziaria Revolut evidenzia che il rincaro del settore dei viaggi influenza le scelte delle destinazioni: su questo fronte gli italiani prendono in considerazione innanzitutto i costi, indicati come motivo di scelta dal 76% degli intervistati, cui seguono la salute e la sicurezza e la distanza della destinazione (43%), ritenuti aspetti più importanti dalle donne (46%) rispetto agli uomini (40%).

Il cibo e le tradizioni sono invece fattori che vengono tenuti in considerazione dal 41%, mentre la sistemazione è un aspetto determinante solo per il 38% degli intervistati.

Il 76% delle donne, rispetto al 72% degli uomini, dichiara preoccupazione per i rincari delle vacanze, con il 24% del campione femminile che afferma di vedere il proprio budget per le ferie seriamente a rischio.

Le donne, infatti, spenderanno meno: il 61% stima una spesa tra i 250 e i mille euro per una settimana di viaggio, mentre il 59% degli uomini spenderà tra i 500 e 2 mila euro.

Il sondaggio di Revolut ha anche rivelato che i viaggiatori italiani pensano che la Spagna sia la migliore destinazione estera per il rapporto qualità-prezzo (indicata dall'8%), seguita dalla Grecia (7%) e dalla Croazia (5%).

Considerando le attività favorite, le esperienze gastronomiche riscuotono il 68% delle preferenze, seguite dalla visita dei luoghi tipici di una destinazione (57%), dalla natura e gli animali (49%), l'arte e i musei (48%) e lo shopping (36%). Gli aspetti che invece stressano maggiormente durante le vacanze sono le folle (56%), le truffe (37%) e gli scioperi aeroportuali e dei trasporti (29%).

© Riproduzione riservata

ducia nella possibilità di andare in vacanza: da uno studio, condotto da **OpinionWay** per conto di Allianz Partners all'inizio dell'anno (coinvolgendo più di 9 mila persone in Austria, Francia, Germania, Italia, Spagna, Paesi Bassi, Svizzera, Regno Unito e Polonia) risulta che gli italiani, insieme agli austriaci e agli inglesi, sono particolarmente fiduciosi su questo fronte, con il 79% degli intervistati che si sente sicuro di poter viaggiare nel 2023.

La fiducia è elevata in tutte le fasce d'età, e in particolare in quella tra i 25 e i 34 anni, che con il 78% risulta la popolazione che ha espresso le maggiori aspettative, in Italia così come in Europa. In ogni caso, anche tra gli over 50, la fascia meno ottimista, il 73% degli europei prevede di viaggiare.

Inoltre, il 40% dei viaggiatori in Europa (il 33% in Italia) di età inferiore ai 35 anni ha dichiarato che probabilmente modificherà i propri piani di viaggio a causa delle preoccupazioni per il cambiamento climatico, per esempio scegliendo un'altra destinazione, riducendo il budget o la durata del viaggio. Degli intervistati tra i 35 e i 49 anni, invece, solo il 31% degli europei e degli italiani ha espresso propensioni simili; se si considera poi la fascia degli over 50, questa percentuale scende al 21% in Italia e ad appena il 16% in Europa.

Le polizze viaggio. Ci sono diversi tipi di polizze viaggio: tra i prodotti più richiesti c'è l'assicurazione per l'annullamento, che garantisce il rimborso delle spese sostenute in caso di cancellazione, rinuncia o in-

terruzione del viaggio.

Come effetto della maggior prudenza in seguito anche alla pandemia, molti viaggiatori stipulano un'assicurazione sanitaria che può prevedere il rimborso di costi legati a infortuni, visite, medicinali, ricoveri e altre eventuali spese mediche.

Poi c'è l'assicurazione per valigie e bagagli che serve a ottenere un risarcimento in caso di furto o smarrimento dei bagagli durante il viaggio, a meno che la responsabilità della perdita dei bagagli non ricada sul cliente.

Il costo del premio per questo tipo di prodotti dipende dalle coperture scelte e dalla tipologia di polizza (per esempio, se si tratta di un'assicurazione viaggio annuale o singola), ma in linea generale si può andare dai 15 ai 150 euro.

Le proposte su questo fronte sono diverse e la scelta è molto ampia, anche grazie ai canali digitali. Per esempio, **Europ Assistance** offre una soluzione per chi si muove all'interno dei confini nazionali, che comprende l'assistenza sette giorni su sette e il rimborso delle spese mediche, cui si può aggiungere la protezione per l'abitazione, per i familiari rimasti a casa e per il proprio animale domestico.

Ci sono poi opzioni per chi viaggia in Europa o in alcuni paesi del bacino del Mediterraneo (Marocco Egitto, Algeria, Libia, Tunisia)

Le intenzioni di acquisto di una polizza viaggio sono più che raddoppiate tra il 2019 e il 2022: dal 21% al 55% per le mete internazionali

con l'assistenza e il rimborso delle spese mediche, con la possibilità di aggiungere anche la garanzia bagaglio, infortuni in viaggio, assistenza stradale. Anche per le destinazioni extra europee c'è un prodotto dedicato che dà la possibilità di inserire la garanzia per l'assistenza domiciliare integrata, la garanzia bagaglio, la copertura per infortuni in viaggio e la responsabilità civile.

Tra le polizze di annullamento viaggio c'è quella di **Allianz**, che rimborsa le penali a causa dell'annullamento volo, della cancellazione del soggiorno presso una struttura alberghiera e dell'annullamento dei viaggi organizzati dal tour operator. Oppure la compagnia assicurativa propone anche un'opzione dedicata a chi fa un breve viaggio di un weekend in Europa che garantisce l'assistenza sanitaria, il pagamento diretto delle spese mediche, l'assicurazione bagaglio e il rimborso per il ritardo dell'aereo, e c'è anche una proposta multi-viaggio che copre tutti gli spostamenti in Italia e all'estero per un anno.

Oppure ci sono le proposte di **AXA** con pacchetti che vanno dalla copertura di base (per esempio, un'assicurazione viaggio estero per brevi viaggi in Europa) alla copertura annuale per viaggi più frequenti, sia per lavoro che per una vacanza.

© Riproduzione riservata

Techstars presenta le sue startup dai robot alle risorse umane

Tappa finale del percorso con il Demo Day alle Ogr di Torino per dieci aziende a caccia di nuovi investimenti. In Italia il gruppo ha puntato dal 2020 oltre 70 milioni di dollari andando a generare 400 posti di lavoro

di Massimiliano Sciullo Tre anni e mezzo di impegno, per andare a scavare nella profondità delle idee ed estrarre come diamanti quelle prospettive di business che possono diventare a breve termine aziende vincenti a livello internazionale. Prosegue a ritmo sostenuto l'attività di un colosso internazionale come Techstars all'interno del sistema dell'innovazione torinese. E nei giorni scorsi, organizzata all'interno della cornice ormai consolidata delle Ogr, si è celebrata con il "Demo day" la conclusione del percorso di accelerazione di altre dieci start up che hanno partecipato al programma strutturato in 13 settimane. Davanti a loro, una platea composta da quattrocento persone tra investitori, potenziali clienti, mentor e imprenditori, mentre altre duecento erano collegate online.

A prendere parte al Demo Day c'era la torinese Wibo, unica a giocare "in casa" con la sua proposta di piattaforma per la formazione aziendale che punta a coltivare (e trattenere) i talenti in organico. E poi altre nove proposte, provenienti da tutta Europa. Italiane anche Empethy, piattaforma dedicata alla ricerca e all'adozione di animali domestici, Heloola, una sorta di club del libro digitale per rivoluzionare i modi in cui i volumi vengono venduti e letti, ma anche Pack, piattaforma dedicata al mondo delle risorse umane e focalizzata alla crescita degli addetti attraverso il mentoring. Si occupa invece di ripetizioni scolastiche dedicate a studenti di ogni età e per ogni materia TutorNow.

A completare la decina di start up, anche la francese Automatika, concentrata sul mondo dei robot e dell'intelligenza artificiale, l'olandese Sirius, che si propone di affiancare le aziende di piccole e medie dimensioni nel raggiungimento dei traguardi di sostenibilità e la britannica Sorais, piattaforma dedicata ai droni utilizzati per finalità di sicurezza e tutela dai furti. Infine, una doppietta dal Portogallo: Intuitivo, dedicato alla valutazione scolastica degli alunni e Preflet, piattaforma vocata alla sostenibilità degli edifici mediante la gestione e la riduzione delle spese energetiche.

Proposte a 360 gradi, insomma, con un filo conduttore legati a grandi temi del momento come la sostenibilità, sociale oltre che ambientale e l'attenzione alla formazione. E con una caratteristica che è anche manifesto dei tempi attuali: il 50% delle startup chiamate sotto i riflettori ha una donna tra i fondatori: si tratta di Heloola, Preflet, Automatika, Sirius e Empethy.

Al loro fianco, c'erano Martin Olczyk, managing director di Techstars Torino Cities of the Future, il responsabile investimenti Antonio Pisante e Christopher Frank, senior director partner development. Arrivato a Torino direttamente da New York per l'occasione.

Un giro di boa che arriva dopo un percorso che ha visto Techstars Italia, a partire dal 2020, investire in oltre 40 startup, raccogliendo oltre 70 milioni di dollari e creando più di 400 posti di lavoro. Il tutto in pieno periodo pandemico, a rendere le cose ancora più complesse e sfidanti.

Nato come acceleratore legato ai temi della smart mobility, nel 2022 il programma di Techstars a Torino ha ampliato i propri orizzonti diventando il primo acceleratore in Italia focalizzato sulle Smart Cities nel loro complesso. Sul territorio ha sviluppato collaborazioni con aziende locali e gli hub dell'innovazione come Torino City Lab, a conferma di un ecosistema che si sta radicando sempre di più all'ombra della Mole. Fanno parte di questo sistema anche attori del territorio come Fondazione Compagnia di San Paolo, Intesa Sanpaolo Innovation Center e Fondazione CRT, sia in chiave di mentori che di finanziatori.

Più in generale, il 2022 ha messo in luce per l'industria italiana del Venture Capital un anno da record, visto che i capitali investiti hanno superato complessivamente gli 1,8 miliardi di euro, registrando un aumento del 48% rispetto all'anno precedente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra le idee c'è

TutorNow che offre ripetizioni o Wibo per il mondo HR Heloola opera nella vendita di libri,

Empethy sulla ricerca di un animale

Torna il servizio militare, La Russa e la legge per la mini naja

I "collegi del Senato" stanno preparando una proposta di legge e la presenteranno tra poco



Redazione

15 maggio 2023 07:31



Ignazio La Russa torna a parlare di mini naja, un disegno di legge che aveva fatto approvare quando era ministro della Difesa, ma che di fatto non è stato mai operativo. Si tratta di una sorta di leva militare volontaria, un addestramento militare di base di 40 giorni per i ragazzi che vogliono partecipare alla vita delle forze armate. I "collegi del Senato" ne stanno preparando uno analogo e lo presenteranno tra poco, avverte.

"L'addestramento militare in tre settimane non ci può essere, ma se lo portiamo a 40 giorni, che è il tempo con cui una volta il Car preparava la base di addestramento dei militari, allora 40 giorni potrebbero essere una legge che consente a chi lo vuole

volontariamente di partecipare alla vita delle forze armate", ha detto il presidente del Senato rispondendo a una domanda sull'ipotesi di una formazione dei riservisti, sollecitata dall'Ana.

L'obiettivo, prosegue La Russa, è "rimpinguare anche le associazioni d'arma, che senza la leva vanno naturalmente invecchiando fino a esaurimento, e nello stesso tempo consentire a tanti giovani che lo desiderano di far parte delle forze armate, esprimere il loro desiderio di onorare la patria con un servizio quanto meno di un certo breve periodo di tempo su base volontaria".

Nel giorno della festa della mamma anche la premier Giorgia Meloni ha parlato di patria. "Oggi è la festa della mamma ma noi abbiamo sempre un'altra mamma che è la patria, senza questo legame non c'è niente che possiamo fare. Quindi venire qui ad assaporare un po' di questo sentimento è una cosa preziosissima", ha detto in occasione della 94esima adunata nazionale degli alpini a Udine.

Salvini conferma: "Da Lega progetto di legge per mini naja"

Su Facebook Salvini conferma il progetto di legge sulla mini naja. "C'è un progetto di legge della Lega per offrire la possibilità di un servizio militare o civile universale a ragazze e ragazzi fino ai 26 anni - sia attraverso una formazione militare di base e specialistica, che con un'esperienza nell'ambito della Protezione civile e del soccorso pubblico - garantendo il mantenimento del posto di lavoro e riconoscendo il servizio svolto in ambito lavorativo e di studio", scrive in un post il segretario della Lega e vicepremier Matteo Salvini. "Lo dico con l'esperienza di chi ha fatto la leva, ormai tanto tempo fa: è una scelta di solidarietà e impegno pubblico, oltre che una straordinaria esperienza di vita".

Che cos'è la mini naja e come funziona?

L'idea è quella di istituzionalizzare un periodo formativo per i giovani dai 16 ai 25 anni che arrivi a un periodo di quaranta giorni perché, ad oggi, è più breve. Ma che cos'è la mini naja? È un progetto sperimentale per realizzare percorsi formativi in ambito militare, su base volontaria, non retribuito e che prevede i seguenti percorsi:

Corsi di studio in modalità e-learning;

Permanenza presso le strutture formative, operative e addestrative delle Forze armate e dell'Arma dei carabinieri, individuate su tutto il territorio nazionale dal Capo di Stato maggiore della Difesa, comprese le scuole e le accademie militari;

Forme di apprendimento pratico che consentano il raggiungimento dei seguenti obiettivi: comprensione del valore civico della difesa della patria, sancito dall'articolo 52 della Costituzione; cognizione degli alti valori connessi alla difesa delle istituzioni democratiche del Paese attraverso lo strumento militare in Italia e all'estero; approfondimento dei principi fondamentali che regolano l'ordinamento militare;

Conoscenza delle principali minacce alla sicurezza interna e internazionale, anche attraverso la partecipazione a seminari di studio con la partecipazione dei rappresentanti degli organismi che fanno parte del Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica;

Studio dell'architettura istituzionale preposta alla cyber security, delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nell'ambito delle Forze armate;

Al termine del progetto, l'amministrazione della difesa sarà tenuta a rilasciare un attestato che certifichi l'esito positivo del percorso formativo svolto. L'attestato potrà essere utilizzato, all'atto della collocazione sul mercato del lavoro, quale titolo attestante le specifiche esperienze maturate e costituirà, inoltre, titolo valutabile ai fini della nomina a ufficiale di complemento. Lo svolgimento con esito positivo del progetto consentirà, inoltre, l'acquisizione di crediti formativi universitari.

L'intervista

Calderoli

“Ora serve il governatore d'Italia Senza autonomia lascio la politica”

DI GIOVANNA CASADIO

ROMA — «Le riforme costituzionali non rallenteranno l'autonomia differenziata». Sul tavolo tra le proposte che la Lega sta studiando c'è il “governatorato”, cioè un presidente del Consiglio eletto direttamente sul modello delle Regioni, prevedendo però contrappesi come la “fiducia costruttiva”. Roberto Calderoli è il ministro leghista per gli Affari regionali. Non retrocede sull'autonomia: «Se si arenasse, abbandonerei la politica. Sul serio, non come disse Renzi». E ora sulla forma di governo avanza una ipotesi inedita. Difende la maggioranza: «Non è attaccabile sulla Rai, soprattutto da una sinistra che ha fatto carne di porco con le lottizzazioni del servizio radiotelevisivo».

C'è una deriva autoritaria del governo, dall'elezione diretta del presidente della Repubblica o del premier, alle epurazioni in Rai?

Salvini saluta Fazio e Littizzetto con un “Belli ciao”.

«Derive autoritarie ci saranno state in passato! Sulla Rai il governo mi pare inattaccabile. Che la sinistra, la quale ha fatto carne di porco del sistema radiotelevisivo con le lottizzazioni, ora attacchi, mi fa incavolare. E sono d'accordo con Salvini. Per quello che hanno detto e fatto pagati dalla Rai, è giustificato l'addio di Fazio e Littizzetto».

Le riforme costituzionali di Giorgia Meloni rallentano la “sua” autonomia differenziata?

«Non c'è la riforma di Meloni, bensì di tutto il centrodestra. Nel pacchetto riforme c'è sia l'autonomia differenziata che il presidenzialismo o forme simili.

Devono entrambe arrivare a conclusione entro la fine della legislatura. Non sono in concorrenza».

Una accentra e l'altra devolve alle Regioni?

«Una rafforza i poteri del governo, non accentra. E l'autonomia rafforza i poteri territoriali che sono delle Regioni».

Con la ministra Casellati lei va d'accordo, non è in competizione?

«Stiamo costruendo insieme la parte delle riforme costituzionali.

Ma l'autonomia differenziata non è una riforma costituzionale bensì l'attuazione della Costituzione in vigore».

Quindi deve andare in porto prima?

«La questione non è da porre così.

Davanti abbiamo tre binari da percorrere: i Livelli essenziali di assistenza (Lep) che colpevolmente dalla riforma del centrosinistra del Titolo V del 2001 nessuno ha mai scritto, indipendentemente dall'autonomia differenziata.

Significa che un cittadino di Bolzano e uno di Reggio Calabria devono avere gli stessi diritti a fronte delle tasse che entrambi pagano. In parallelo entro fine annoci sarà la legge di attuazione dell'autonomia. Comincia così il percorso, ovvero la negoziazione delle intese tra lo Stato e le Regioni che avranno il via dal 2024».

Però se l'autonomia si arena, cosa fa?

«Non si sta arenando affatto. Comunque se non dovesse andare in porto, abbandonerei la politica.

Sul serio, non come disse Renzi».

Lei non prevede lentezze, benché non abbia convinto le opposizioni né le Regioni?

«A me girano le scatole perché è impensabile che i diritti essenziali non ci siano e che le Regioni, che lo meritino e lo vogliono, non possano gestire delle competenze spendendo meno e meglio rispetto allo Stato. Rallentamenti in commissione parlamentare non ne vedo. Sulle Regioni: non ne ho convinte 4 su 20, e queste quattro sono tutte targate Pd. Aggiungo che due, L'Emilia Romagna e la Toscana, se non avessero ricevuto ordini di scuderia, sarebbero pro autonomia».

C'è insofferenza dei leghisti nel governo?

«Nessuno mi attribuisca quello che non è. Ritengo che il governo del centrodestra sia fatto da persone serie, che cercano di condividere le migliori scelte possibili per il Paese».

Quindi sulle riforme costituzionali condividerete il presidenzialismo, il semipresidenzialismo o il premierato?

«Nel programma di governo c'è l'intesa sull'elezione diretta del presidente della Repubblica.

Abbiamo ora fatto una valutazione dei pro e dei contro. Se in Italia ci fosse l'elezione diretta, il capo dello Stato diventerebbe una figura politica, non più super partes, che è il ruolo perfettamente incarnato da Sergio Mattarella. Preciso: da Mattarella, perché non sempre è stato così».

E allora?

«A questo punto la riflessione è per modifiche limitate, e il premierato potrebbe essere la strada giusta».

D'accordo quindi con il sindaco d'Italia?

«L'elezione diretta del presidente del Consiglio non è il sindaco d'Italia, che personalmente giudico una bestemmia. Piuttosto penso al modello "governatore" della Regione, ma calato nel contesto nazionale. Significa che il capo del governo è eletto direttamente dal popolo però collegato a una coalizione di governo che gli garantisca una maggioranza certa in entrambe le Camere. Il principio del premier eletto deve essere controbilanciato dal ruolo del Parlamento, pertanto occorrerebbe introdurre la "fiducia costruttiva", ovvero solo la maggioranza che ha espresso il premier, ha la possibilità di trovarne un altro, in casi particolari».

Studia anche una legge elettorale ad hoc? Dal Porcellum in poi è abituato a scrivere leggi elettorali.

«Anche troppo abituato. Se me lo chiedono, ho in testa come potrebbe essere, ma non ci tengo ad occuparmene. Comunque prima viene la riforma costituzionale».

L'assenza di Salvini durante la visita di Zelensky a Roma è stato un modo per smarcarsi?

«Ha risposto Salvini stesso, rinviando al mittente le ricostruzioni capziose».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

L'elezione diretta del presidente del Consiglio non è il sindaco d'Italia che personalmente giudico una bestemmia Non è la riforma Meloni, bensì di tutto il centrodestra

Nel pacchetto c'è sia l'autonomia differenziata che il presidenzialismo

g

Ministro per gli Affari regionalill leghista Roberto Calderoli ha in mano il dossier autonomia

Turchia. Erdogan si ferma al 49%. Al ballottaggio il 28 maggio

Luca Geronico, inviato a Diyarbakir lunedì 15 maggio 2023

Ascolta

Kiligdaroglu, considerato il "Gandhi turco", raggiunge il 45% dei voti. In tutto il Kurdistan caroselli di auto



Kemal Kilicdaroglu, il candidato alle presidenziali che il 28 maggio sfiderà al ballottaggio il presidente uscente Erdogan - Ansa

Le prime tre schede, al seggio numero 1020 nella scuola media di Egil, a una quarantina di chilometri da Diyarbakir, sono la conferma che tutti aspettavano: "Kemal Kiligdaroglu, Kemal Kiligdaroglu, Kemal Kiligdaroglu". Dopo un'ora di conteggi e spoglio delle schede per le presidenziali, si parla già di plebiscito:

Kiligdaroglu ha 192 preferenze, Erdogan 45 con il candidato dell'opposizione con oltre il 76%. Lo stesso avviene in tutti gli altri seggi di questa terra curda, cuore dell' "irredentismo" contro Ankara. "Questa volta si deve cambiare", sussurra qualcuno all'ingresso dei seggi mentre la delegazione di osservatori guidata da Laura Boldrini per tutta la giornata visitava i pure i seggi a Dicle e a Cocacoy. Quando, nella televisione nella sede un po' sgarrupata dell'Hdp, verso le 11 e trenta di mattina, si vede la diretta da Ankara del voto di Kiligdaroglu accompagnato dalla moglie Selvi, la tensione sul volto di Rodja Nazlier si allenta appena con un sorriso: co-sindaco di Cocacoy, sulle colline dell'Anatolia, nel 2019 è stata destituita e ha passato 11 mesi in carcere con l'accusa di terrorismo. Il processo è ancora in corso e per queste accuse rischia fino a 9 anni di carcere.

"Questa volta si deve cambiare" è come gridato negli abbracci e nelle strette di mano che spontaneamente Rodja riceve mentre entra nei seggi del suo paesino di 6mila abitanti. Lo stesso in tutto il Kurdistan e a Diyarbakir, dove la notte dello scrutinio inizia con l'illusione di una - fino a 15 giorni fa impensabile - possibile sconfitta al primo turno di Recep Tayyip Erdogan. Nella sede dell'Hdp di Diyarbakir inizia una notte da psicodramma, con una altalena di dati contrastanti in quello che sembra subito un disperato testa a testa tra il reis e il Gandhi turco. Le prime proiezioni battono Erdogan al 54%, lo sfidante al 39%. Ma la situazione continua a cambiare e alle 23 e trenta per la prima volta Erdogan scende sotto il 50%. E' ormai notte fonda, mentre a Diyarbakir e in altre città del Kurdistan sono già iniziati i caroselli di auto per "tenere alto il morale", quando arriva la conferma dall'agenzia di stampa governativa Anadolu: Erdogan al 49%, Kiligdaroglu al 45 %. Il 28 maggio sarà ballottaggio.