



Rassegna Stampa 17 luglio 2023

A cura della dott.ssa Maria Grazia Elfio

Ufficio Stampa e Comunicazione

ufficiostampa@villasofia.it

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

“Il tema della prevenzione e della sicurezza è da ritenersi un bene e un investimento irrinunciabile”

PS panoramasanita.it/2023/07/17/il-tema-della-prevenzione-e-della-sicurezza-e-da-ritenersi-un-bene-e-un-investimento-irrinunciabile/



La Federazione nazionale degli Ordini Tsmr e Pstrp fa parte dell'importante tavolo tecnico professionale sul Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (previsto dal DLgs 81/08) presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Il tavolo, coordinato dal Direttore generale della Direzione per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, Gennaro Gaddi, dal responsabile della Segreteria tecnica del Ministro, Pasquale Staropoli, e dal Consulente del Ministero, Mario Gallo, ha l'obiettivo di apportare idee, esperienze e professionalità, al fine di procedere a un'analisi del Testo unico che tenda in maniera più efficace alla sua attualizzazione, senza che esso venga intaccato

nel suo impianto e garantendo la sicurezza e la salute dei lavoratori quale valore assoluto del DLgs 81/08. Diverse le novità illustrate dai tecnici del Dicastero del lavoro e delle politiche sociali, a partire dalla modifica dell'art. 37 del Testo unico in materia di formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti, oltre ad azioni sinergiche che mirano a favorire il valore della sicurezza sul lavoro.

La riunione del 12 luglio scorso ha visto la partecipazione di rappresentanti di Federazioni e Consigli nazionali, e tra questi **Diego Catania, Vicepresidente della FNO TSRM e PSTRP**, Maurizio Di Giusto e Stefano Ciampa, in rappresentanza della Commissione di albo nazionale dei Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, che hanno espresso la posizione della Federazione nazionale, manifestando la disponibilità a fornire un sostegno e una collaborazione fattiva. In particolare il Vicepresidente Catania ha evidenziato che *«il tema della prevenzione e della sicurezza è da ritenersi un bene e un investimento irrinunciabile per il Paese. Uno Stato che fa prevenzione è uno Stato che*

difende e protegge i cittadini e i lavoratori nelle loro attività. È questo che ci aspettiamo da questo Dicastero». Inoltre, ha sottolineato che il contributo della FNO TSRM e PSTRP sarà proattivo e collaborativo, come il sostegno da parte di tutte le professionalità interessate. «L'impegno quotidiano dei nostri oltre 11.000 Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro fa sicuramente la differenza nella prevenzione e sicurezza sul lavoro, così come il contributo di tutte le altre professioni sanitarie delle nostre tre aree: tecnica, della riabilitazione e della prevenzione», ha aggiunto il Vicepresidente.

Partendo dalla promozione della cultura della prevenzione in contrasto con la cultura generalizzata della sicurezza, **Maurizio Di Giusto** ha evidenziato che, oltre alle attività consulenziali svolte dai TPALL, *«il sistema dei controlli nelle aziende sanitarie è svolto dai Tecnici della prevenzione e per questo motivo, abbiamo una conoscenza approfondita delle criticità legate alla salute e alla sicurezza».* Di Giusto ha sottolineato la necessità di ripensare la formazione dei lavoratori, delle figure della sicurezza e dei datori di lavoro, affinché sia reale, concreta, efficace ed efficiente, contrastando il fenomeno sempre più ricorrente di “attestatificio”. Inoltre, ha evidenziato la necessità di rivedere l'impianto delle qualifiche della sicurezza (ASPP, RSPP, Formatori, ecc.) per acquisire competenze sempre più approfondite che possano supportare le imprese nelle valutazioni e nelle decisioni fondamentali per la prevenzione dei rischi, *«La cultura della prevenzione – continua Di Giusto – deve, attraverso interventi normativi sistemici, essere “seminata” nei programmi scolastici a partire da quella primaria, fino alle scuole medie superiori, affinché le nuove generazioni diventino lavoratori ed imprenditori consapevoli del domani, con intriso il valore della prevenzione. Infine, le statistiche infortunistiche, e non solo, ci raccontano che i maggiori indici di infortuni si hanno nelle piccole imprese e che esse costituiscono il tessuto lavorativo del nostro Paese, imprese in cui la sicurezza è considerata un costo e un mero adempimento. Vi è la necessità di andare oltre la logica di inasprimento delle sanzioni e ricercare quelli che possono essere appropriati strumenti di supporto professionale, sostegno economico e di auto-aiuto, che trasformino quella voce di costo in una opportunità, dato che investire in sicurezza e salute può rappresentare lo stesso valore del reddito d'impresa».*

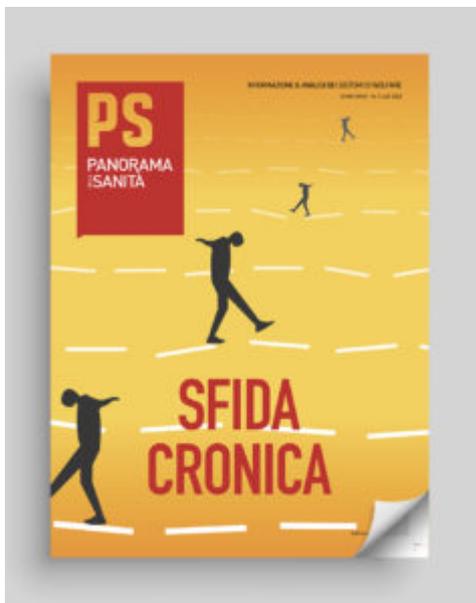
Al termine dei lavori il Ministero ha affidato ai partecipanti del tavolo il compito di redigere un **documento** che possa raccolga idee utili a formulare solide proposte di modifica della norma e individuare nuovi interventi legislativi connessi alla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Ondata calore, Ministero della Salute: attenersi alle regole per proteggersi dal caldo

PS panoramasanita.it/2023/07/17/ondata-calore-ministero-della-salute-attenersi-alle-regole-per-protegersi-dal-caldo/



E il ministro Schillaci ringrazia la Rai per il sostegno del decalogo Ministero

In questi giorni di temperature elevate, il Ministero della Salute raccomanda ai cittadini di

attenersi alle regole per proteggersi dal caldo consultabili [sul portale istituzionale](#) e attraverso i canali social: 10 semplici consigli utili a evitare conseguenze per la salute dell'ondata di calore. Si raccomanda di evitare di uscire nelle ore più calde. È importante inoltre aiutare a proteggersi le persone più fragili e facilmente a rischio. È comunque indispensabile rivolgersi al proprio medico di famiglia in caso di necessità, se si è affetti da malattie

croniche o si stanno seguendo delle cure. Anche gli animali domestici vanno protetti dal caldo con semplici accortezze. Si ricorda che ogni giorno sono disponibili sul [sito del ministero](#) i bollettini caldo con i relativi livelli di rischio.

“Proteggiti dal caldo”, seguendo i consigli del Ministero della Salute:

1. Evitiamo di uscire nelle ore più calde: proteggiamo soprattutto bambini, anziani e persone fragili.
2. Proteggiamoci in casa e sui luoghi di lavoro, rinfrescando gli ambienti e rinnovando l'aria, schermando le finestre con tende che blocchino il passaggio della luce, ma non quello dell'aria.
3. Beviamo almeno un litro e mezzo di acqua al giorno: bere molta acqua e mangiare frutta fresca. Limitiamo il consumo di bevande con zuccheri aggiunti, caffè e alcolici.

4. Seguiamo sempre un'alimentazione corretta: consumare frutta e verdura di stagione, moderare il consumo di piatti elaborati ricchi di grassi, ridurre i condimenti, impiegare poco sale.
5. Facciamo attenzione alla corretta conservazione degli alimenti, rispettando la catena del freddo.
6. Vestiamoci con indumenti possibilmente chiari, di fibre naturali o che garantiscano la traspirazione, indossando cappelli leggeri per proteggere la testa dal sole, occhiali con filtri UV e schermi solari prima di esporci al sole.
7. Proteggiamoci dal caldo in viaggio: se siamo in auto ricordiamoci di areare l'abitacolo, evitando ove possibile le ore più calde della giornata e tenendo sempre a portata una scorta d'acqua. Non lasciare mai neonati o animali nell'abitacolo dell'auto, neanche per brevi periodi.
8. Praticiamo l'esercizio fisico nelle ore più fresche della giornata, se si fa attività fisica, ricordiamoci di bere molti liquidi e mangiare in modo corretto.
9. Offriamo assistenza a persone a maggiore rischio (anziani che vivono da soli, persone fragili e in difficoltà etc.) e segnaliamo ai servizi socio-sanitari eventuali situazioni che necessitano di intervento.
10. Ricordiamoci sempre di proteggere anche gli animali domestici: diamogli da bere molta acqua anche quando siamo in viaggio e facciamo soste in zone ombreggiate.



Watch Video At: <https://youtu.be/4rNuGX2mbrM>

Schillaci: "Grazie alla Rai per il sostegno al decalogo Ministero"

“Ringrazio l’ad della Rai, Roberto Sergio, e Carlo Conti per il contributo a diffondere le raccomandazioni del Ministero della Salute ai cittadini per difendersi dall’ondata di calore”. È quanto dichiara il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, commentando lo spot promosso dalla Rai per diffondere il decalogo del Ministero della Salute ‘Proteggiamoci dal caldo’. “Sono giorni di forte caldo, si prevedono temperature ancora più elevate ed è quanto mai essenziale seguire le dieci regole che raccomandiamo alla popolazione per proteggersi dal caldo. È importante che i cittadini sappiano come comportarsi per evitare rischi per la salute: il supporto della Rai ci aiuta ad amplificare il messaggio e dimostra ancora una volta la grande attenzione dell’emittente pubblica alle attività di promozione della salute”.

Parkinson, così l'esercizio fisico intenso aiuta a tenere a bada la malattia

PS panoramasanita.it/2023/07/17/parkinson-cosi-lesercizio-fisico-intenso-aiuta-a-tenere-a-bada-la-malattia/



Ricercatori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica, Campus di Roma e della Fondazione Policlinico A. Gemelli Irccs hanno scoperto gli effetti neuroprotettivi dell'attività fisica e i meccanismi biologici coinvolti. I risultati della ricerca pubblicati sulla prestigiosa rivista "Science Advances".

Neuroscienziati della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica, Campus di Roma e della Fondazione

Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs hanno scoperto che l'esercizio fisico intenso potrebbe rallentare il decorso della malattia di Parkinson e hanno anche compreso i meccanismi biologici sottostanti, una scoperta importante che potrebbe aprire la strada a nuovi approcci non-farmacologici. È il risultato di uno studio intitolato "Intensive exercise ameliorates motor and cognitive symptoms in experimental Parkinson's disease restoring striatal synaptic plasticity" pubblicato sulla prestigiosa rivista Science Advances che vede coinvolti, oltre all'Università Cattolica, campus di Roma e alla Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS, diversi istituti di ricerca: Università telematica San Raffaele Roma, CNR, TIGEM, Università degli studi di Milano, IRCCS San Raffaele Roma.

La ricerca, resa possibile da finanziamenti da parte del Fresco Parkinson Institute to New York University School of Medicine and The Marlene and Paolo Fresco Institute for Parkinson's and Movement Disorders, del Ministero della Salute e del MIUR (sia relativi al bando PRIN 2017, sia quelli CNR-MUR, due grant differenti), ha individuato un nuovo meccanismo responsabile degli effetti positivi dell'esercizio fisico sulla plasticità cerebrale.

Sebbene questi risultati siano stati ottenuti su un modello sperimentale di malattia, gli autori intravedono importanti implicazioni per il paziente. *"La novità del nostro studio – sottolinea Paolo Calabresi, corresponding author dello studio, Ordinario di Neurologia all'Università Cattolica e direttore della UOC Neurologia al Policlinico Universitario A. Gemelli Irccs – risiede nell'aver scoperto un meccanismo mai osservato prima, attraverso il quale l'esercizio fisico effettuato nelle fasi precoci della*

malattia induce effetti benefici sul controllo del movimento volontario che possono durare nel tempo anche dopo l'interruzione dell'allenamento. La scoperta – prosegue Calabresi – suggerisce che un'attività fisica intensiva effettuata in maniera regolare è in grado di indurre modificazioni funzionali e strutturali nei neuroni e consente di contrastare gli effetti di eventi che provocano tossicità neuronale. Questo nuovo meccanismo individuato può permettere di identificare nuovi target terapeutici e marcatori funzionali da tenere in considerazione per sviluppare trattamenti non-farmacologici da adottare in combinazione con terapie farmacologiche attualmente in uso”.

BACKGROUND

Precedenti lavori hanno mostrato che l'attività fisica intensiva si associa a un aumento della produzione di un fattore di crescita fondamentale per la sopravvivenza dei neuroni, il brain-derived neurotrophic factor (BDNF). In questo studio gli autori hanno osservato lo stesso fenomeno in risposta ad un protocollo di allenamento su tapis roulant e per la prima volta hanno dimostrato il meccanismo attraverso cui questo fattore neurotrofico agisce nel determinare gli effetti benefici dell'attività fisica a livello cerebrale e quindi comportamentale. Quindi gli esperti hanno dimostrato che un protocollo di esercizio fisico della durata di quattro settimane può rallentare la progressione di malattia in un modello animale di Parkinson in fase iniziale (ottenuto con la somministrazione intracerebrale di alfa-sinucleina umana, una proteina che nella sua forma aggregata ha un ruolo importante nella malattia).

LO STUDIO

Lo studio, che vede come principali autrici le dottoresse Gioia Marino e Federica Campanelli, ricercatrici della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica, campus di Roma, ha utilizzato diverse tecniche per misurare un effetto neuroprotettivo dell'esercizio fisico sul comportamento motorio e sulla cognizione visuo-spaziale.

L'effetto principale, osservato in risposta all'allenamento giornaliero su tapis roulant per quattro settimane, è stato la riduzione della diffusione degli aggregati patologici di alfa-sinucleina, che nella malattia di Parkinson porta alla graduale e progressiva degenerazione delle cellule nervose di alcune aree cerebrali (la sostanza nera pars compacta e lo striato – la cosiddetta via nigrostriatale), deputate al controllo del movimento.

L'effetto neuroprotettivo dell'attività motoria è associato alla sopravvivenza dei neuroni che rilasciano il neurotrasmettitore dopamina e alla capacità dei neuroni del nucleo striato di continuare a svolgere la loro funzione, aspetti altrimenti compromessi dalla malattia.

Anche il controllo motorio e l'apprendimento visuo-spaziale, funzioni dipendenti dall'attività nigrostriatale, risultano intatte negli animali sottoposti ad allenamento intenso.

I neuroscienziati hanno anche scoperto che il BDNF, che aumenta con l'esercizio fisico, interagisce con il recettore NMDA per il glutammato, consentendo ai neuroni dello striato di rispondere agli stimoli in modo efficace, con effetti che perdurano nel tempo anche

oltre l'interruzione dell'esercizio fisico.

Per quanto riguarda i possibili sviluppi di questa ricerca Paolo Calabresi aggiunge che: *“il nostro gruppo di ricerca è coinvolto in uno studio clinico per verificare se l'esercizio fisico possa rallentare la progressione della malattia di Parkinson nei pazienti in fase precoce e individuare nuovi marcatori in grado di seguire il decorso della patologia. Considerato che la malattia di Parkinson è caratterizzata da una importante componente neuroinfiammatoria e neuroimmune, che riveste un ruolo chiave nelle prime fasi della malattia, la ricerca proseguirà grazie all'apporto determinante dei modelli animali, che ci permetteranno di indagare anche il coinvolgimento delle cellule della glia, popolazioni cellulari che supportano l'attività dei neuroni, oltre a essere implicate nella risposta immunitaria. Ciò consentirà di identificare meccanismi molecolari e cellulari alla base degli effetti benefici osservati”*.



PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

“Siamo a un bivio e un bivio ci deve far capire da che parte andare”

PS panoramasanita.it/2023/07/17/siamo-a-un-bivio-e-un-bivio-ci-deve-far-capire-da-che-parte-andare/



Benedetto Magliozzi, segretario generale nazionale di Cisl Medici al convegno Cisl, La cura della persona, il valore del lavoro

Sostenere una nuova stagione di innovazione dei

diritti nel Paese. Ribadire come il diritto al lavoro e il diritto alla salute siano tra quelli più preziosi: promossi dalla Costituzione, acclamati dalla comunità, sostenuti da chi ai tavoli di contrattazione si batte per la dignità e il benessere del cittadino. È quello che è stato richiesto da più voci a Roma, durante il convegno “La cura della persona, il valore del lavoro”, un’iniziativa di Cisl, CISL Pensionati, CISL FP e Cisl Medici che ha visto la partecipazione

del Ministro della Salute Schillaci, del Ministro del lavoro e delle Politiche sociali Calderone e del presidente delle Regioni e delle Province autonome Fedriga. Un appuntamento per confrontare idee e posizioni delle istituzioni e dei rappresentanti sindacali e per presentare un documento programmatico che operi per raggiungere i traguardi futuri tracciati dal PNRR e che contrasti le criticità del presente.

Da questa giornata è emerso come, ora più che mai, sia necessario intervenire tempestivamente se si vuole continuare a garantire alla comunità il diritto alla salute sancito dall’art.32 della Costituzione.

“Siamo a un bivio” ha dichiarato a tal riguardo, dal palco dell’Auditorium romano, **Benedetto Magliozzi, segretario generale nazionale di Cisl Medici** “e un bivio ci deve far capire da che parte andare. Ad oggi la Sanità è a un punto di non ritorno”.

“Nel momento in cui decidiamo che ogni individuo – e non ci riferiamo solo ai cittadini, ma a chiunque calpesti il suolo del nostro paese – deve avere dignità nella cura vuol dire che abbiamo assunto un impegno ben preciso: come medici facciamo un giuramento, sappiamo bene quale sia il nostro obiettivo e la nostra missione. E noi vogliamo tornare a fare i medici, a essere medici.”

“Veniamo da un ventennio in cui è già stata percorsa quella che è la divisione e la regionalizzazione di alcuni servizi. Abbiamo avuto 21 sistemi autoreferenziali. E le regioni non sono le vittime, sono i carnefici di questo ingranaggio. Lo percepiamo anche dai circa 6 milioni di poveri che si rivolgono al pronto soccorso in codice bianco o verde, perché al di fuori non hanno nulla, nessuno che li assista e li tuteli” ha evidenziato Magliozzi *“Non possiamo dimenticare che la medicina del 2023 è una medicina di prossimità, di proattività... una medicina che deve stare vicino alle persone e per stare vicino alle persone deve dare di nuovo forza al sistema, non con decreti diversi, non con silos a compartimenti stagni ma con la forza e la capacità di capire che il medico italiano è il medico con la miglior cultura al mondo. Questo è un Paese che ha investito tanto nella formazione dei propri medici, ma che negli ultimi 20 anni ha visto incrementare la fuga dei cervelli verso luoghi che propongono al professionista reali gratificazioni, non solo economiche, ma anche di sistema.”*

Dall'insoddisfazione al burnout il passo non è poi così lungo.

“Vogliamo tornare a fare i medici, a fare i lavoratori di un sistema sanitario che invece tende a bruciarci in nome della produttività: non abbiamo possibilità di riposare, di dare il meglio... La nostra missione è, invece, quella di fornire un servizio che sia esclusivamente di qualità” ha confermato il segretario generale *“Quando il paziente si stende sulla lettiga deve ancora poter essere consapevole di essere protetto, deve poter contare su qualcuno che gli tenga la mano, dall'infermiere che lo assiste al medico che lo cura. Bisogna tornare al sistema e per far questo, c'è bisogno di integrare il sistema. Sostenere da un lato, quindi, il diritto del paziente, dall'altro il diritto di chi lo cura. E nessun diritto domina sugli altri diritti, neanche il pareggio di bilancio”*.

S
24

La Corte Costituzionale "congela" il riconoscimento dell'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati dalla vaccinazione raccomandata contro la meningite

di *Pietro Verna*



La Corte Costituzionale “congela”, per motivi di ordine procedurale, il riconoscimento dell’indennizzo a favore dei soggetti danneggiati dalla vaccinazione raccomandata contro la meningite. È l’effetto della sentenza della Consulta n.129/2023 che ha ritenuto «inammissibile» l’ordinanza con la quale la Corte di Cassazione (vedi <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/sentenze/2022-06-27/vaccinazione-non-obbligatoria-contro-meningite-danni-attesa-pronuncia-corte-costituzionale-113935.php?uuid=AEUWzciB>) aveva sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 1, della legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati), «nella parte in cui non prevede che il diritto all’indennizzo spetti anche ai soggetti che abbiano subito lesioni e/o infermità, da cui siano derivati danni irreversibili all’integrità psico-fisica, per essere stati sottoposti a vaccinazione non obbligatoria, ma raccomandata, antimeningococcica».

La pronuncia della Corte Costituzionale

La Cassazione aveva richiamato l’orientamento della giurisprudenza costituzionale secondo cui l’estensione dell’indennizzo ai casi di vaccinazioni raccomandate mira a completare il "patto di solidarietà" tra individuo e collettività in tema di tutela della salute e a rendere più serio e affidabile ogni programma sanitario volto alla diffusione dei trattamenti vaccinali, al fine della più ampia copertura della popolazione (Corte Cost. sentenza n. 268 del 2017). Il che non ha colto nel segno.

La Consulta ha ritenuto l’ordinanza della Cassazione carente sotto il profilo della

rappresentazione del «quadro normativo», per l'assenza di qualsiasi riferimento:

- all' art. 1, comma 1, lettere g) e h), del decreto legge 7 giugno 2017, n. 73 (Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale) che aveva previsto l'obbligatorietà della vaccinazione antimeningococcica di gruppo B e C;
- alle modifiche apportate al suddetto decreto legge dalla legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119, tra le quali la (repentina) espunzione delle vaccinazioni antimeningococciche dall'elenco delle vaccinazioni obbligatorie (art. 1, comma 1) e la previsione secondo la quale «le disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 si applicano a tutti i soggetti che, a causa delle vaccinazioni indicate nell'articolo 1, abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica» (art. 5 -quater).

Da qui la sentenza in narrativa secondo cui la Corte di Cassazione avrebbe dovuto «dare conto» dell'esistenza delle norme suindicate e operare « una consapevole ed esplicita scelta tra le differenti soluzioni interpretative».

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 17 LUGLIO 2023

La programmazione nazionale e organica del Ssn è essenziale per rilanciare il sistema salute

Le disuguaglianze di salute hanno alla loro base determinanti a partire da quelli politici e la differenza operativa che pur esiste fra le Regioni può essere superata non tanto con lo strumento del commissariamento è tanto meno con l'autonomia differenziata ma con il loro coinvolgimento già a partire dalla programmazione degli interventi, cioè nella costruzione del disegno organico degli obiettivi di salute da perseguire e come raggiungerli.

I contributi che QS ha ospitato più recentemente (Iorio, Maffei e altri) mettono al centro, con declinazioni differenti, il tema di una programmazione organica del SSN che abbiamo, in più occasioni, indicato fra gli elementi essenziali per una rivisitazione del SSN e del suo rilancio.

Perché serve un piano sanitario nazionale

Uno strumento di indirizzo generale e a livello nazionale, organico e che sviluppi gli ampi pilastri della salute: prevenzione, promozione della salute, cura, riabilitazione, governance del sistema, personale, è essenziale per indicare dove si vuole andare, quali strade percorrere e quali attrezzature adottare.

Ovviamente non ci leghiamo a questioni nominalistiche, se le definizioni vecchie possono suscitare resistenze nei nuovi decisori. La questione è raggiungere l'obiettivo nel modo migliore attraverso uno strumento organico che orienti i diversi attori del sistema salute, sia al suo livello regionale che locale. Si deve aggiungere inoltre che solo una programmazione nazionale e il suo strumento di indirizzo può porre le condizioni per un monitoraggio e una valutazione periodica del sistema stesso.

Una regia organica e leggera

Qui il contributo di AGENAS e della Conferenza Stato Regione assume un ruolo principe con le loro competenze tecniche e tecnico politiche.

I diversi piani finora elaborati, e ricordati da Maffei, hanno significato solo se stanno dentro ad una programmazione complessiva; una pianificazione a valenza nazionale che venga declinata per particolari criticità con azioni più articolate, ma senza mettere in secondo piano lo scenario e quindi le variabili e i vincoli complessivi (la visione) della salute delle persone e della loro implementazione organizzativa e operativa. Abbiamo agenzie preposte che in generale hanno ben lavorato ma che potrebbero essere affiancate produttivamente per questioni specifiche da centri studi, Università o centri che in generale fanno della salute il loro tema di ricerca e di studio.

La cultura della salute e le disuguaglianze crescenti in campo cognitivo

L'appropriazione da parte dei cittadini della cultura della salute passa attraverso un percorso di costante formazione e sensibilizzazione degli individui e degli attori tutti del bene comune salute. Una assoluta necessità in un paese in cui alle disuguaglianze di salute si aggiungono quelle, purtroppo crescenti, dei livelli di istruzione. Eloquenti in tale senso gli esiti degli Invalsi 2023 che dimostrano come nel confronto nel tempo degli esiti della scuola primaria ci sia un indebolimento dei risultati in tutte le

discipline osservate e come nelle classi superiori un maturando su due non raggiunga le competenze minime in italiano e matematica. Una condizione più forte nel meridione con effetti moltiplicatori sui futuri esiti di salute complessiva come dimostrato da molteplici e importanti studi epidemiologici attestanti una correlazione diretta tra outcome di salute e livello di istruzione

La formazione nei sistemi organizzativi

La formazione e aggiornamento del personale è elemento essenziale in qualsiasi sistema organizzativo ma lo è maggiormente in un contesto istituzionale in cui i cittadini non sono meri clienti ma attori fondamentali del loro stare bene. Tale principio non basta se non vi è una cultura diffusa dell'importanza della salute nella vita degli individui (indipendentemente dal ruolo di politici, di programmatori o di cittadini) e nell'economia di un Paese. Una cultura della salute dunque è un'argine importante all'incremento delle disuguaglianze in generale e in particolare nella salute.

Professionisti e competenze

Ovviamente concordiamo con Iorio che non vi sono figure professionali che hanno il diritto esclusivo di occuparsi della salute (personale sanitario) ma vi sono professionisti e competenze altre imprescindibili per una buona programmazione ed una buona pratica di salute. Ringraziamo Iorio per aver ricordato l'importante ruolo dei sociologi ed in particolare i sociologi della salute, e non solo perché noi apparteniamo a questa particolare categoria di professori, ma ovviamente non possiamo sottovalutare i contributi di colleghi epidemiologi, psicologi, statistici, ecc.

La programmazione organica leggera di livello nazionale presuppone sguardi e competenze diverse, specialmente in una società in transizione chiamata a nuove e molteplici sfide a partire da quelle climatiche, ma anche a quella dell'invecchiamento della popolazione, ecc.

Rinunciare all'autonomia differenziata

L'abbandono da parte degli ex presidenti della Corte Costituzionale Giuliano Amato e Franco Gallo, dell'ex presidente del Consiglio di Stato Alessandro Pajno e dell'ex ministro della Funzione pubblica Franco Bassanini del comitato per l'individuazione dei Lep (Liveli essenziali delle prestazioni) dovrebbe indurre il Presidente Meloni a rinunciare al progetto sull'autonomia differenziata.

Impresa non difficile per chi è erede politico di Giorgio Almirante di cui è nota la posizione di forte contrasto all'istituzione delle stesse regioni perché queste sarebbero state solo dei "carrozzoni clientelari e di potere".

Ora è ancora più chiaro con l'abbandono di 4 importanti civil servant che questo progetto, oltre ad essere tecnicamente irrealizzabile, si tradurrebbe in una frammentazione del nostro Paese invertendo quel faticoso processo che con il Risorgimento ci portò nel 1870 allo Stato unitario. Vogliamo solo ricordare che allora solo l'8% della popolazione era in grado di parlare Italiano e che oggi i livelli di comprensione di un testo scritto da parte degli studenti specie del Meridione sono altrettanto allarmanti!

Conclusioni

Crediamo e in questo senso sollecitiamo ancora una volta il Ministro Schillaci a valorizzare le differenti competenze in modo sistematico e non attraverso slogan al fine di disegnare e "manutenere" una programmazione del sistema sanitario nazionale organica da realizzare anche con azioni o piani di settore. Un processo di elaborazione che sarà di aiuto anche a quei politici meno avveduti o meno attrezzati per riconoscere la centralità della salute e quindi del suo sistema di Governance per un Paese.

Una programmazione nazionale organica che si chiami Piano Sanitario Nazionale o in altro modo sarà poi fondamentale per orientare e sviluppare anche un sano principio competitivo o di isomorfismo organizzativo, per meglio dire, fra Regioni che erroneamente continuiamo a distinguere fra virtuose o meno ma che non sono altro che contesti territoriali con proprie specificità: Non mettendo mai in

secondo piano che tutte debbono perseguire il bene salute poiché non esistono o meglio non dovrebbero esistere cittadini di serie A e di serie B.

Le disuguaglianze di salute hanno alla loro base determinanti a partire da quelli politici e la differenza operativa che pur esiste fra le Regioni può essere superata non tanto con lo strumento del commissariamento è tanto meno con l'autonomia differenziata ma con il loro coinvolgimento già a partire dalla programmazione degli interventi, cioè nella costruzione del disegno organico degli obiettivi di salute da perseguire e come raggiungerli.

Roberto Polillo

Mara Tognetti

Lunedì 17 LUGLIO 2023

Estate in salute. Ecco i medicinali utili da portare in vacanza

Quali medicinali portare in vacanza e come conservarli e quali prodotti non devono mancare nel Kit di pronto soccorso. Dal Dipartimento Farmaceutico dell'Arciospedale Sant'Anna non solo consigli, ma anche spiegazioni su come prevenire alcune patologie e cosa portare in valigia per non farsi trovare impreparati. I consigli dell'Aou di Ferrara

Prima di tutto è importante non assumere farmaci con un aspetto diverso dal solito o che presentino dei difetti visibili, come ad esempio la presenza di particelle solide in sospensione o sul fondo, o il cambio di colore o odore, o la modifica di consistenza. In secondo luogo è bene usare le formulazioni solide in quanto quelle liquide sono, in genere, maggiormente sensibili alle alte temperature.

Ricordiamo poi che il caldo può provocare l'abbassamento della pressione anche in soggetti ipertesi. Pertanto la terapia dell'ipertensione arteriosa (ACE inibitori in associazione o meno con diuretici, sartani, calcio antagonisti, diuretici, beta bloccanti, bloccanti dei recettori alfa adrenergici) e di altre malattie cardiovascolari potrebbe richiedere un riadattamento da parte del medico o dello specialista nel periodo estivo. Le terapie in corso non vanno mai sospese autonomamente. È opportuno effettuare un controllo più assiduo della pressione arteriosa.

Infine, se si hanno patologie particolari è utile stilare una "lista dei farmaci assunti", da portare sempre con sé in viaggio, e da esibire in caso di necessità, raccogliere informazioni in merito ai numeri di emergenza e localizzare i centri di soccorso/ospedali più vicini.

Sono queste alcune semplici regole da seguire per "gestire" i medicinali da portare in vacanza che arrivano dall'**Aou di Ferrara** che con **Anna Marra** Direttrice del Dipartimento Farmaceutico dell'Arciospedale Sant'Anna ha intrapreso un "viaggio" di informazione su come affrontare, dal punto di vista sanitario, le ferie estive. Consigli, ma anche spiegazioni su come prevenire alcune patologie e cosa portare in valigia per non farsi trovare impreparati.

Vediamo quali.

La conservazione dei farmaci. Il foglio illustrativo del farmaco indica le modalità di conservazione corrette. Se non specificato diversamente, conservare il medicinale in luogo fresco e asciutto a una temperatura inferiore ai 25°. Se invece la temperatura di conservazione è specificatamente indicata, non rispettarla potrebbe addirittura renderli dannosi per la salute. In caso di un lungo viaggio in auto, trasportare i farmaci nell'abitacolo condizionato e/o in un contenitore termico. Nel caso di farmaci da frigo, conservarli in un contenitore sicuro che mantenga la giusta temperatura. Ciò è particolarmente importante per alcuni farmaci di emergenza che includono ad esempio l'insulina. In caso di farmaci spray, tenerli al riparo da sole o da temperature elevate e utilizzare contenitori termici per il trasporto. Non conservare in luoghi umidi o eccessivamente caldi le strisce per test diagnostici, come ad esempio quelle utilizzate per verificare i livelli di zucchero nel sangue, per la gravidanza o l'ovulazione, poiché sono estremamente sensibili all'umidità.

I farmaci per la tiroide, i contraccettivi e altri medicinali che contengono ormoni sono particolarmente sensibili alle variazioni termiche. È necessario conservarli in ambienti freschi e a temperatura costante.

Non usare lo stesso contenitore per farmaci diversi per risparmiare spazio in valigia: con più farmaci simili tra loro è difficile riconoscere la data di scadenza, la tipologia del medicinale e il dosaggio. Non tagliare mai i blister per evitare di perdere informazioni importanti (ad esempio il nome del farmaco o la data di scadenza).

Farmaci e sole. Alcuni farmaci possono causare reazioni da fotosensibilizzazione (reazioni fototossiche o fotoallergiche che solitamente sono costituite da manifestazioni cutanee come dermatiti, eczemi, ecc.) a seguito dell'esposizione al sole. Controllare attentamente le istruzioni riportate sul foglietto illustrativo o consigliate dal farmacista in caso di assunzione di: antibiotici (tetracicline, chinolonici), sulfamidici, contraccettivi orali (pillola), antinfiammatori non steroidei (FANS), prometazina (antistaminico).

Evitare l'esposizione al sole dopo l'applicazione di gel o cerotti a base di ketoprofene (fino a due settimane dopo il trattamento) o creme a base di prometazina, queste ultime spesso utilizzate per le punture di insetti o allergie cutanee. Oppure, lavare accuratamente la zona interessata, in modo da evitare la comparsa di macchie o di vere e proprie ustioni. Per tutti gli altri medicinali in forma di gel o crema verificare la compatibilità con l'esposizione al sole.

Medicinali utili in vacanza.

Ecco alcuni suggerimenti su farmaci utili da includere nel kit da viaggio:

- analgesici e antipiretici: come paracetamolo o ibuprofene, per il trattamento di mal di testa, febbre o dolori muscolari;
- antistaminici: utili per alleviare i sintomi delle allergie, come il prurito, la congestione nasale o gli occhi rossi;
- antidiarroici: come la loperamide, per il trattamento dei disturbi intestinali (ad esempio diarrea);
- medicinali per il mal di stomaco: come antiacidi, per il trattamento dei bruciori di stomaco o della gastrite o farmaci contro l'acidità di stomaco, frequente quando si modifica l'alimentazione o si eccede, come capita spesso in vacanza;
- medicinali per il mal d'auto o per il mal di mare: come antistaminici o farmaci anti-nausea, cerotti o braccialetti a base di dimenidrinato o scopolamina;
- medicinali per le punture d'insetto: come creme o gel antistaminici a base di prometazina o difenidramina, utili anche in caso di altri fenomeni irritativi cutanei localizzati quali rossore, bruciore, prurito ed eritema solare;
- medicinali per i disturbi del sonno: come la melatonina, che è reperibile sia all'interno di veri e propri farmaci per contrastare l'insonnia che all'interno di integratori alimentari utili per favorire l'addormentamento e il riposo notturno;
- medicinali per il trattamento delle ustioni solari: come creme o lozioni a base di aloe vera;
- lassativi (lattulosio, macrogol);
- medicinali personalizzati: se si soffre di condizioni mediche specifiche, come l'asma, il diabete o l'ipertensione, è importante avere con sé i farmaci necessari per il proprio trattamento;
- integratori salini a base di potassio e magnesio.

Kit di pronto soccorso.

- crema all'idrocortisone al 1%;
- unguenti antibatterici o antifungini;
- termometro digitale;
- sali di reidratazione orale;
- disinfettante per ferite;
- gel all'aloè per le scottature solari;
- gel o crema antiprurito per le punture di insetti;
- cerotti adesivi.

Febbre emorragica Congo-Crimea (CCHF) rischia di diffondersi in Europa: «Riscaldamento globale uno dei fattori»

Un nuovo subdolo nemico minaccia il nostro paese. Si tratta della febbre emorragica di Crimea-Congo, una patologia portata da un pericoloso virus proveniente dall’Africa. La malattia ha una mortalità del 5% e il virus responsabile dell’infezione si sta diffondendo in diversi paesi, inclusa la Spagna, e potrebbe presto raggiungere il Regno Unito e l’Italia

di Valentina Arcovio



Un nuovo subdolo nemico minaccia il nostro paese. Si tratta della **febbre emorragica di Congo-Crimea**, una patologia portata da un pericoloso virus proveniente dall’Africa. La malattia ha una mortalità del 5% e il **virus responsabile dell’infezione** si sta diffondendo in diversi paesi, inclusa la Spagna, e potrebbe presto raggiungere il Regno Unito e l’Italia. La malattia si chiama CCHF, che sta per febbre emorragica di Crimea-Congo, ed è nell’**elenco** dei **patogeni prioritari** che possono causare epidemie e pandemie dell’**Organizzazione mondiale della sanità** (OMS). Il problema è che la Terra si sta essenzialmente riscaldando e questo favorisce la diffusione di questo virus. L’aumento delle temperature in tutto il mondo ha ampliato l’**habitat delle zecche** che possono trasportare e trasmettere il **Nairovirus** che causa la CCHF in regioni più temperate come l’Europa.

L'Italia è tra i paesi europei a rischio

Dopo gli **avvenimenti mortali** in Iraq e Namibia, il virus ha fatto registrare due decessi in Pakistan e diversi casi di contagio in **Spagna**. Secondo **James Wood**, capo della Medicina veterinaria all'Università di Cambridge, il virus della CCHF potrebbe essere entrato nel Regno Unito attraverso le **zecche degli animali**. Infatti, queste creature sono considerate il veicolo principale utilizzato dal Nairovirus, che è responsabile della diffusione di questa malattia. L'Italia rappresenta uno dei paesi europei a più alto rischio di introduzione e **diffusione del virus**, seguito dalla Francia. Secondo gli esperti, è essenziale aumentare la consapevolezza su questo tipo di virus, per evitare che possano verificarsi casi nel nostro Paese come accaduto con altre patologie, come ad esempio la **febbre Dengue**, come per un paziente ad Arezzo, o la cosiddetta febbre **West Nile**, trasmessa dalle zanzare.

Il virus della febbre emorragica si trasmette tramite puntura di zecca

Esistono almeno nove **ceppi geneticamente distinti** di questo virus. Le zecche del genere *Hyalomma* sono i principali vettori che infestano sia mammiferi e uccelli selvatici, compresi i capi di bestiame. La trasmissione del virus può avvenire attraverso la **puntura di zecche** o il contatto con fluidi organici animali, come durante la cura o la macellazione di bestiame infetto. È stato documentato anche il contagio tra persone, soprattutto in contesto ospedaliero e per via sessuale. Inoltre, è possibile la **trasmissione tramite aerosol**.

I sintomi della febbre emorragica di Crimea-Congo

La CCHF può causare sintomi come febbre alta, malessere, **difetti della coagulazione** e permeabilità dei vasi sanguigni. Nella **fase emorragica**, che può durare da due a tre giorni, si possono verificare emorragie diffuse, petecchie, ecchimosi, epistassi, melena, ematemesi, ematuria e sanguinamento dai **siti di iniezione**. La malattia può portare a complicazioni gravi come coagulazione disseminata intravascolare, **insufficienza renale**, epatica, polmonare e shock, con una mortalità che varia dal 3% al 40%.

Non esistono vaccini e terapie specifiche

Attualmente non esistono vaccini o **terapie specifiche** per la CCHF. L'uso dell'antivirale **ribavirina** è raccomandato, ma non ci sono evidenze scientifiche sufficienti sulla sua efficacia. La prevenzione è fondamentale per contrastare la **diffusione del virus**. È importante educare le persone a indossare abiti protettivi in aree a rischio di presenza di zecche e a riconoscere i **sintomi precoci**. Inoltre, i lavoratori dei macelli devono utilizzare abbigliamento protettivo per limitare il contatto con i **fluidi di animali** potenzialmente infetti.

INTERVISTA | L'allarme di Monsignor Paglia: «Nostrì anziani non muoiono di caldo, ma di solitudine e abbandono»

A Sanità Informazione Monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia per la vita, lancia un monito a prendersi cura degli anziani specialmente ora che siamo nel pieno di un'ondata di calore estremo: «Molte famiglie sono eroiche e non lasciano soli genitori e nonni. Basta RSA come quella del dramma di Milano. DDL 33/2023 sia riforma profonda, non ennesima "leggina"...»

di Valentina Arcovio



«Dar da bere agli **anziani** non è mai stato così importante e significativo, espressione della volontà di non lasciare solo nessuno. Infatti, non si muore di **caldo**, si muore di solitudine e di **abbandono**». È forte il monito che **Monsignor Vincenzo Paglia**, presidente della Pontificia Accademia per la vita e già presidente della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, lancia da *Sanità Informazione* nel pieno dell'ondata di calore estremo che ha investito l'Italia.

È preoccupato degli effetti che queste temperature elevate possono avere sugli anziani?

«È di qualche giorno fa la notizia di una nuova stima degli anziani morti per l'**ondata di calore** del 2022 in Europa: un articolo di **Nature Medicine** parla di oltre 60.000 persone! Come una piccola città scomparsa per il caldo o, meglio, per la mancata risposta allo **stress da calore**».

Teme che gli italiani non si sappiano prendere cura dei propri anziani?

«Non vorrei assimilare in un unico giudizio mondi lontanissimi tra loro. Ci sono famiglie che vivono in modo quasi eroico la difesa e la cura dei loro **cari anziani** ed anzi direi che questo è vero per i più, se teniamo conto di tutti gli over 65, che sono 14 milioni e vivono nella lor stragrande maggioranza a casa. Certo, in famiglie sempre più piccole e sempre più 'lunghe', ove coabitano tre generazioni o anche più, il **problema della assistenza** è molto serio e costringe spesso ad un **impegno di tempo** ed economico molto importante».

Nelle RSA le cose non vanno molto meglio. Penso alla tragedia di qualche giorno a Milano.

«La tragedia di Milano rivela in modo evidente il modo di considerare l'**assistenza agli anziani**. L'impianto antincendio fuori uso e la **scarsità di operatori** nel turno di notte sono rivelatori di un modo di considerare gli anziani davvero come **scarti da gestire** e non come esseri umani. Io mi chiedo e vorrei che ognuno si chiedesse: è giusto vivere così gli ultimi anni della propria vita? In un casermone coi vetri delle finestre difficili da aprire, soli in un **ambiente affollato**, ma sempre soli? O è giusto vivere e morire così a casa, senza uno straccio di aiuto, familiare, o pubblico o privato? Mettiamoci nei panni di questi nonni, di questi padri e madri, ma davvero vogliamo che questo sia il futuro anche dei loro figli quando invecchieranno?»

Cosa ne pensa della riforma per gli anziani?

«Il **ddl 33/2023** rappresenta un **traguardo importante** e insieme un punto di partenza. Ci troviamo ad un bivio, quello di scrivere una ennesima leggina – i cosiddetti **decreti attuativi** della delega – che non cambia le cose e lascia più o meno tutto com'è, oppure avremo il coraggio di una **riforma profonda** per un sistema che finalmente operi la **presa in carico** degli anziani bisognosi integrando misure sociali, sanitarie e assistenziali. Dobbiamo far presto, il **dramma di Milano** ci interroga».

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 17 LUGLIO 2023

Medici: il contratto non risolverà tutti i nostri problemi, ma può ridare una speranza

L'Anaa non giocherà partite a scacchi, non parteciperà a fiction mediatiche, non si perderà in proclami o reclami ma continuerà a cercare risposte soddisfacenti, in assenza delle quali si comporterà di conseguenza. L'Anaa non firmerà contratti di lavoro che appariranno peggiorativi e incapaci di migliorare condizioni di lavoro divenute semplicemente non più sopportabili.

Si continua a parlare molto del rinnovo del contratto di lavoro dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del SSN. Passano i giorni e sempre più attori e comparse, più e meno eminenti, esprimono pareri e giudizi, come se avessero la pozione magica per portare a una firma attesa da anni.

Soprattutto, come se questo contratto potesse risolvere problemi, annosi e strutturali, legati alla disaffezione di intere categorie professionali, figlia di anni di dimenticanze, destrutturazione di un lavoro ormai allo stremo, tagli lineari contrabbandati per riorganizzazione.

Cerchiamo di fare chiarezza.

Questo contratto non risolverà tutti i problemi delle nostre professioni.

Non li può risolvere. I medici, i dirigenti sanitari e veterinari sono chiusi in una torre di cristallo impermeabile agli interventi puntiformi e mai strutturali, effettuati ogni tanto come segnali di fumo che comunicano almeno briciole di attenzione.

La torre di cristallo, costruita in decenni apparentemente trascorsi senza una idea di programmazione, appare meglio progettata di un bunker.

Inseriti nella pubblica amministrazione, senza riguardo per la natura di un mestiere di cura chiamato a tutelare un diritto sancito dalla Costituzione, incatenati da incompatibilità sempre più antieconomiche e da una organizzazione del lavoro non al passo con i tempi e con le esigenze di cura della popolazione, i medici e dirigenti sanitari lottano tra carenze di posti letto, carenze di tecnologie e di strutture, carenze di personale (con un tetto di spesa che grida vendetta e di cui nessuno si occupa). E, soprattutto, assenza di interlocutori.

Il ministero della salute mostra capacità di ascolto, ma nei fatti è commissariato dal MEF; le Regioni, cui spetta l'organizzazione delle cure, sono tutte, senza eccezioni, alle prese con scarsità di risorse economiche e problemi di tenuta elettorale; i governi appaiono restii a investire per ottenere risultati che vedranno altri dopo di loro. Mentre ancora latita un percorso di presa in carico globale del paziente e il medico si vede sottoposto a 4 diversi tribunali, amministrativo ordinistico, civile, penale e, soprattutto mediatico, capace di trasformarlo da indagato a imputato e condannato senza che nemmeno si aprano le aule dei tribunali.

In questa condizione il contratto, già scaduto, per cui sono stati stanziati 'pochi spiccioli', incapaci anche di mantenere il potere di acquisto delle retribuzioni, può mai essere la panacea? La risposta è no.

Però può cambiare, seppur parzialmente, le condizioni di lavoro a patto di avere coraggio sui nodi che ancora oggi sembrano difficili da sciogliere.

Esiste una carenza di circa 15.000 medici e dirigenti sanitari, un tetto di spesa del personale fermo al 2004 meno 1.3%, un deficit in tutte le Regioni esacerbato dal periodo Covid, un abuso delle esternalizzazioni che demanda a cooperative le prestazioni mediche destrutturando definitivamente un lavoro già in piena crisi sociale ed economica.

In questo contesto si inserisce il rinnovo del contratto di lavoro. Nel quale chiediamo che, a differenza di quanto avviene oggi, non possano essere regalate alle aziende circa 300 ore annue da parte di ogni medico e dirigente sanitario.

Che venga posto un limite non derogabile al numero di guardie e reperibilità che le aziende possono chiedere a loro personale. Che il lavoro avvenga nella disciplina per la quale abbiamo studiato. Che la nostra formazione possa essere gestita in maniera più autonoma. Che le carriere siano più fluide. Che venga posto un freno ai medici globetrotter chiamati a coprire turni di lavoro, con l'alibi dell'emergenza, anche a distanze superiori a 50 km dal presidio di assegnazione. Che venga restituito un po' di quel tempo che ormai il lavoro ha totalmente rubato.

I professionisti che rischiano ogni giorno la propria salute e la propria vita per non decretare la chiusura del servizio sanitario pubblico e nazionale, sono stanchi di essere capri espiatori di disservizi creati da politiche disastrose che oggi presentano il conto finale. E vorrebbero che venisse assicurato il diritto dei cittadini alle cure e il loro diritto a curare.

Forse, allora, invece di perseverare in quella che appare sempre di più una tragicommedia, sarebbe più opportuno utilizzare il valore del contratto di lavoro come strumento capace di garantire un governo concertato del sistema di cure, assicurando una sintesi tra esigenze e ruoli diversi.

Senza interventi economici e normativi non risolveremo la dilagante crisi vocazionale che porta 10 medici al giorno a lasciare il Ssn, senza una riforma del modello di lavoro e di cura continueremo a guardare sgretolarsi il Ssn.

Non è con gli annunci, insomma, che si arriverà alla firma del contratto, o alla risoluzione della crisi sociale e professionale che viviamo, specie se in gioco c'è il futuro della tutela della salute di una intera popolazione.

L'Anaa non giocherà partite a scacchi, non parteciperà a fiction mediatiche, non si perderà in proclami o reclami ma continuerà a cercare risposte soddisfacenti, in assenza delle quali si comporterà di conseguenza. L'Anaa non firmerà contratti di lavoro che appariranno peggiorativi e incapaci di migliorare condizioni di lavoro divenute semplicemente non più sopportabili.

Il contratto non risolverà tutti i nostri problemi, ma può ridare una speranza. Non perdiamo anche quella, altrimenti sarà veramente la fine del nostro Ssn.

Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale Anaa Assomed

La salute

Il piano d'agosto degli ospedali tolto un letto su quattro nei pubblici

di Alessandra Corica Negli ospedali pubblici, ad agosto quelli sospesi saranno uno su quattro, il 24 per cento del totale dei posti. In quelli privati, il 38 per cento, quattro su dieci. Sono i letti negli ospedali nel territorio dell'Ats di Milano, "chiusi" per consentire a medici e infermieri delle strutture sanitarie di andare anche loro in ferie: il piano è stato stilato nei giorni scorsi da corso Italia, in base ai report arrivati dai singoli ospedali, pubblici e privati convenzionati, che si trovano tra Milano, l'hinterland e Lodi.

Nei reparti di chirurgia pubblici, un terzo dei posti letti (il 33 per cento) sarà sospeso durante il clou dell'estate, mentre in quelli privati uno su due (il 49 per cento). Più limitata la chiusura dei posti nei reparti di Medicina, che sono quelli maggiormente collegati con il pronto soccorso, e dove quindi avviene il ricovero dei pazienti più anziani e fragili, che con le ondate di calore estive sono più a rischio di scompensi. In questi reparti le chiusure ad agosto interesseranno il 22 per cento dei letti negli ospedali pubblici, in quelli privati il 33 per cento (un terzo del totale). Stesso discorso per i dipartimenti materno-infantili, dove l'attività in estate cala, ma fino a un certo punto (visto che le nuove nascite avvengono in qualsiasi giorno dell'anno): nei centri pubblici, allora, verrà chiuso ad agosto il 20 per cento dei posti, nei privati il 27.

Secondo i calcoli dell'Ats, solo a Milano città gli anziani over 75 che vivono da soli (e che quindi vengono reputati più fragili in vista dei picchi di temperatura previsti nei prossimi giorni) sono 80 mila, di cui 4.300 a rischio molto alto per la compresenza di vari fattori: la solitudine, il depauperamento sociale, la presenza di una o più patologie croniche che con l'afa potrebbero portare a scompensi. L'obiettivo del piano delle chiusure estive dei reparti ospedalieri, quindi, da un lato è garantire l'assistenza ospedaliera e sanitaria a tutti coloro che resteranno in città in estate. E che quindi, in caso di necessità, avranno il diritto di usufruire di servizi sanitari a pieno regime. Dall'altro lato, però, vi è anche l'esigenza di garantire al personale sanitario dei centri di cura — medici, infermieri, operatori sociosanitari, fisioterapisti, ostetriche ma anche gli stessi impiegati amministrativi — la possibilità di godere delle ferie estive: il fine, quindi, è riuscire a trovare (e mantenere) questo delicato equilibrio.

Quello delle chiusure estive dei letti nei reparti ospedalieri è un piano che l'Ats ha preparato ogni anno. Perlomeno fino al 2020, quando l'avvento del Covid 19 e la pandemia globale hanno costretto il personale sanitario a saltare riposi e vacanze, per garantire sia l'assistenza ai malati di Coronavirus sia, in particolare nel 2022, per portare avanti il recupero di tutte quelle prestazioni rimaste indietro a causa dell'epidemia.

I numeri delle chiusure dei letti potrebbero essere rimodulati qualora fosse necessario, in caso per esempio le ondate di calore previste per i prossimi giorni comportino un aumento notevole di pazienti in arrivo nel pronto soccorso. In quel caso, allora, una delle possibilità per guadagnare più letti nei reparti dove vengono ricoverati gli anziani scompensati a causa dell'afa, potrebbe essere la trasformazione in via temporanea di parte dei letti dei reparti di chirurgia (che, in estate, lavorano soprattutto sulle urgenze) in letti aggiuntivi per i reparti di Medicina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'organizzazione senza più l'emergenza Covid della Ats per le ferie di medici e infermieri Nel privato la cifra aumenta: si sale al 38%

Per urgenze si agirà nei reparti di chirurgia

Fatebenefratelli

Nel reparto di Sub intensiva i lavori procedono a rilento come in altre strutture lombarde

Il caso

I cantieri della sanità fermi o al rallentatore E nasce una task-force

La situazione più critica, a Milano, è al Buzzi, dove è stata chiesta la risoluzione dell'appalto per le nuove Terapie intensive e avviata una richiesta danni. Ma non va meglio al Fatebenefratelli, dove nel reparto di Sub intensiva i lavori procedono a rilento, e al San Paolo e al San Carlo, dove ancora non si è riusciti ad avviare i cantieri. In generale, in tutta la Lombardia gli interventi procedono a singhiozzo. E le criticità sono diverse perché, si legge in un report che è stato preparato in Regione, « non avendo a base di gara un progetto definito e dovendo esperire una gara valevole su tutto il territorio nazionale, le criticità più rilevanti sono emerse nelle fasi post-aggiudicazione». Con il risultato che dei soldi assegnati alla Lombardia — 224,9 milioni — per ora ne è stato speso solo il 23 per cento, 53,2 milioni.

Sono i lavori nelle Terapie intensive, Sub intensive e pronto soccorso lombardi da realizzare a seguito del Decreto rilancio del 2020 (il DI 34), che l'allora governo guidato da Giuseppe Conte fece, nel pieno della pandemia da Covid, per rilanciare l'economia e potenziare la rete sanitaria. La manovra prevedeva l'aumento dei posti di Rianimazione e nei reparti di Emergenza, nonché l'acquisto di nuovi mezzi di soccorso. La Regione non si è occupata della gara: l'accordo quadro fu bandito dall'allora commissario straordinario Domenico Arcuri, nell'ottobre 2020, con il supporto di Invitalia, che si occupò di gestire la procedura di gara. I contratti con le ditte appaltatrici furono poi sottoscritti dal commissario nel novembre 2020. Nel marzo 2021 la gestione dell'accordo quadro passò poi al nuovo commissario per l'emergenza, il generale Francesco Figliuolo.

Alla Lombardia furono assegnati quasi 225 milioni, per realizzare un piano di lavori rimodulato due volte (si è in attesa dell'ok alla terza rimodulazione) con 62 interventi in altrettanti reparti di Terapia intensiva, 44 in quelli di Sub intensiva, 55 nei pronto soccorso, e per l'acquisto di 35 nuove ambulanze. A distanza di quasi tre anni, il punto sulla situazione è stato fatto nei giorni scorsi dal dg dell'assessorato al Welfare Giovanni Pavesi, durante una seduta della commissione Sanità: al momento, in Lombardia sono stati conclusi 15 interventi nelle Terapie intensive (con 67 nuovi letti attivati su un totale di 439 previsti), 13 nelle Sub intensive (con 107 nuovi posti attivati su 439), 14 in altrettanti pronto soccorso (41 quelli ancora da fare). Tutte acquistate le nuove ambulanze. «Le gare — ha spiegato il dg — non sono state fatte dalle singole aziende lombarde, ma sono state centralizzate, in base all'accordo quadro nazionale. Questo ha comportato dei rallentamenti ». Dato che, si legge nel report regionale, solo dopo l'aggiudicazione degli appalti «i progettisti e le imprese esecutrici dei lavori hanno potuto prendere contezza reale dei luoghi e delle attività lavorative da eseguire ». Senza contare gli aumenti dei costi delle materie prime nel 2021 che hanno « determinato un generale rallentamento nell'avanzamento dei lavori, necessario per riallineare i quadri economici degli interventi e consentire alle aziende l'accesso al fondo opere indifferibili presso il ministero».

A rendere problematica l'esecuzione degli interventi anche il fatto che questi si devono svolgere in contemporanea al funzionamento dei reparti ospedalieri in cui sono previsti: non semplice riuscire a organizzare tutto, insomma. Di qui, i ritardi. Che per esempio a Milano riguardano in particolare l'Asst Fatebene- Sacco, che da sola è assegnataria di lavori per 23,4 milioni, e in Valtellina l'ospedale di Sondalo, dove si dovevano realizzare delle camere a pressione negativa. I lavori, però, al momento sarebbero fermi perché dopo un eccessivo ribasso, la ditta aggiudicataria non sarebbe in grado di effettuare gli interventi. Che vanno completati entro i prossimi tre anni: di qui, la decisione della Regione di provare a sbrogliare la matassa. «Abbiamo deciso di creare una task force che si dedicherà ad approfondire le criticità legate al DI 34 in Lombardia, in particolare per quanto riguarda gli interventi che presentano dei ritardi a causa di problemi con le ditte che si sono aggiudicate gli appalti dopo aver partecipato alla gara nazionale — dice l'assessore al Welfare Guido Bertolaso — . L'obiettivo è accelerare e riuscire a completare in largo anticipo rispetto alla scadenza prevista dal piano, a maggio 2026».

© RIPRODUZIONERISERVATA

Sono quelli previsti dal

Decreto rilancio con fondi e appalti del governo Conte Bertolaso: bisogna accelerare per completare nel 2026

I nodi della sanità

Più pazienti per le guardie mediche in soccorso ai pochi dottori di base

La decisione dell'assessore alla Salute Angelo Gratarola: potranno seguire sino a mille pazienti, ovvero 150 in più di adesso. Il presidente dell'Ordine Bonsignore: "Il corso di medicina generale è meno attrattivo delle altre specialità"

di Valentina Evelli **Guardie mediche in soccorso dei medici di famiglia. Anche in Liguria scatta il provvedimento per sopperire alla carenza, ormai cronica, dei medici di base. Le guardie mediche, che hanno anche il ruolo di medico di medicina generale con attività di 24 ore, potranno seguire fino a mille pazienti, centocinquanta in più rispetto a quelli previsti finora che erano 850.**

La Liguria è una tra le prime regioni italiane a recepire le modifiche della Legge 87 del 3 luglio che sarà operativa fino alla fine del 2026. «L'emergenza Covid ha accelerato un processo che era già in atto con la carenza di personale che si manifesta in alcune aree, soprattutto quelle interne, che risultano senza copertura — spiega Angelo Gratarola, assessore regionale alla Sanità — Ben vengano dunque tutti i provvedimenti che vanno nel solco dell'ampliamento, dell'eliminazione di limitazioni che possono frenare o arginare questo fenomeno fino a quando il sistema tra qualche anno sarà tornato sotto i livelli di guardia».

I medici di famiglia in Liguria sono poco meno di un migliaio e le zone senza un'assistenza medica a inizio del 2023 erano 68. Lo scorso anno erano quasi il doppio. «Siamo nel picco dei pensionamenti — spiega Andrea Stimamiglio, medico di base e segretario Fimmg Liguria — Tra il 2016 e il 2026 sono andati e andranno in pensione complessivamente 800 medici di base, un'enormità. Solo dal 2027 ci sarà una graduale inversione della curva».

I medici di famiglia possono seguire fino a 1.500 pazienti. «Lo scorso anno c'è stato un accordo regionale su base volontaria per portare il numero dei mutuati fino a 1.800 ma pochissimi colleghi hanno aderito — continua Stimamiglio — Ora ci stiamo battendo per fare avere a chi prenderà i mille pazienti almeno una segretaria e un infermiere per garantire la qualità dell'assistenza. Ormai un medico di famiglia lavora dieci, dodici ore al giorno, molti giovani mollano dopo pochi mesi. Ho iniziato questo lavoro quarant'anni fa e si lavorava la metà di oggi». Sul nuovo provvedimento interviene anche l'Ordine dei medici. «È una modifica per rendere i numeri più gestibili in vista dei prossimi tre, quattro anni che saranno quelli più critici — conferma Alessandro Bonsignore, presidente dell'Ordine dei medici della Liguria — La soluzione sul breve termine saranno le case di comunità che puntano sull'aggregazione di risorse e professionalità nelle zone dove l'assistenza è più carente». Il problema, non è soltanto il boom di pensionamenti ma anche i nuovi ingressi, troppo esigui per garantire il turn over. I 60 candidati che lo scorso aprile hanno iniziato la scuola di formazione triennale in medicina generale non bastano. «Negli ultimi due anni abbiamo aumentato i posti da 60 a 80 ma per l'ultimo corso sono arrivate solo 60 richieste — continua Bonsignore — Il problema è che quando si parla di medicina generale non è considerato un corso di specializzazione perché, di fatto, non è equiparato alle altre specialità, né sul piano economico né per quanto riguarda le tutele».

Per gli specializzandi è prevista una borsa da 1,700 euro al mese, per chi segue il corso di medicina generale la cifra scende a 850 euro, esattamente la metà. E gli studenti non hanno neppure diritto a tutele come la maternità.

«Che di fatto si traduce in una fuga verso le altre specializzazioni — conclude il presidente dell'Ordine dei medici — Stiamo chiedendo al Ministero un'equiparazione dei percorsi formativi e di attivare un sistema per disincentivare chi lascia un corso già iniziato dopo pochi mesi. Negli anni scorsi il tasso di abbandono a medicina generale ha raggiunto anche il 20%».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I medici di famiglia in Liguria sono poco meno di un migliaio e le zone scoperte a inizio anno erano 68 Tra il 2016 e il 2026 sono andati e andranno in pensione complessivamente in 800

di L'assessore Angelo Gratarola assessore regionale alla Sanità

POLTRONE IN BILICO

Il ribaltone della sanità lasciano gli ultimi generali che sfidarono il Covid

Brusaferro, Locatelli, ma anche i dirigenti del ministero dell'era Speranza: il totonomi

DI MICHELE BOCCI

Il grande ricambio sta per compiersi, gli ultimi generali della battaglia contro il Covid, i tecnici che consigliavano la gran parte delle mosse ai governi Conte e Draghi, stanno per lasciare gli incarichi di vertice della sanità. Più in generale, il ministro alla Salute Orazio Schillaci nel prossimo futuro farà molte nuove nomine di centrale importanza e dalle sue scelte si capirà anche quanto è autonomo e qual è invece il peso delle indicazioni degli altri esponenti del governo, a partire dalla premier Giorgia Meloni. Dopo Gianni Rezza, pensionato a maggio, e Nicola Magrini, allontanato a gennaio, toccherà a Silvio Brusaferro e più avanti a Franco Locatelli farsi da parte. Un altro membro del fu Cts, Giuseppe Ippolito, passato dallo Spallanzani al ministero della salute, avrebbe invece un altro anno di lavoro davanti, come direttore generale della Ricerca del ministero.

Brusaferro agli sgoccioli

La prima decisione da prendere riguarda l'Istituto superiore di sanità. Quello di presidente è un ruolo di alto prestigio e anche operativo. Silvio Brusaferro scade il 24 luglio e per evitare la riconferma di uno degli scienziati invisibili a una certa destra, nell'interpello, cioè l'atto con il quale il ministero invita i candidati a farsi avanti, c'è una trappola. Si richiede infatti anche una "dichiarazione di non avere procedimenti penali in corso a proprio carico", oltre a quella canonica di non aver avuto condanne. E visto che il professore friulano è indagato nell'inchiesta di Bergamo sulle prime fasi del Covid, teoricamente non potrebbe presentarsi. In realtà lui, insieme a un'altra quindicina di persone, ha comunque partecipato all'interpello. Tra coloro che si giocano l'incarico con buone chance ci sarebbe Anna Teresa Palamara, che dirige il dipartimento di malattie infettive dello stesso istituto, ma anche Rocco Bellantone, chirurgo ed endocrinologo ordinario al Gemelli. Il suo è un nome che circola sempre quando ci sono da fare nomine nella sanità. Ma avrebbe delle carte da giocare anche Ferdinando Romano, oggi direttore della Asl dell'Aquila e tecnico con buoni rapporti nel centrodestra.

Candidato unico all'Aifa

L'Aifa vive una fase difficilissima. L'attività va a rilento in attesa che venga approvata la riforma, annunciata dal governo ormai da mesi, destinata a cambiare faccia all'agenzia che stabilisce quali farmaci si possono usare in Italia e a quale prezzo. La tensione è alta e di recente ci sono state anche dimissioni dalla Commissione tecnico scientifica (Cts). Il direttore generale in carica durante il Covid, Nicola Magrini, è stato allontanato in base allo spoils system già a gennaio e da allora c'è una sostituta, Anna Rosa Marra. Dopo la riforma, il direttore non esisterà più ma a guidare l'agenzia resterà il solo presidente. E chi copre oggi questo incarico sta lavorando da tempo per essere confermato. Giorgio Palù, già ordinario di microbiologia e virologia di Padova considerato in quota Lega, sembra proprio destinato a succedere a se stesso. Poco importa, visto che anche Fratelli d'Italia sarebbe d'accordo nella conferma, che a gennaio compie 75 anni. E poco importa se ogni tanto fa uscite un po' così. Come quando ha sostenuto che l'idrossiclorochina funzionava contro il Covid malgrado il parere contrario di tutte le agenzie regolatorie, compreso la sua.

Le mire di Vaia

Del resto la questione età non sembra molto considerata per le nomine. È il caso di quello che sta per succedere in una delle due direzioni generali del ministero che cambieranno a breve. Per la prevenzione, fino a maggio guidata da Gianni Rezza, infettivologo che è andato in pensione, in pole position c'è Francesco Vaia. I due sono nati nello stesso anno, il 1954. Vaia è convinto di farcela. È stato un uomo forte nella sanità del Lazio di sinistra, guidato da Nicola Zingaretti. Malgrado una condanna in giudicato per corruzione, l'allora assessore Alessio D'Amato, un tempo suo acerrimo nemico, lo ha messo alla guida dello Spallanzani. Vaia però è versatile e gode di ottime entrate nella destra, forse perché durante il Covid aveva un approccio molto tranquillizzante. Con lui se la giocano altri tecnici, come Francesco Bevere, cavallo di ritorno del ministero e pure ex direttore di Agenas, l'agenzia sanitaria delle Regioni, ma anche Francesca Russo, che guida la prevenzione del Veneto. Anche Ferdinando Romano sarebbe in gioco.

Dalla Cattolica al ministero

Sempre al ministero — dove potrebbe già lasciare il capo di Gabinetto scelto da Schillaci cioè Arnaldo Morace Pinelli — è atteso il cambiamento di una delle direzioni più importanti, quella della Programmazione. La guida Stefano Lorusso, che in questi mesi ha ottenuto importanti risultati come i nuovi Lea ma che sconta il fatto di essere stato indicato da Roberto Speranza. Sembra praticamente certo il suo sostituto: Americo Cicchetti, attuale direttore dell'Altems, scuola di economia e management sanitario, dell'Università Cattolica.

L'addio di Locatelli

Infine non manca molto alla conclusione dell'incarico dell'oncoematologo Franco Locatelli come presidente del Consiglio superiore di sanità, organo di prestigio ma comunque consultivo. Schillaci sta preparando la riorganizzazione del suo dicastero, dove verranno tra l'altro creati quattro dipartimenti. Quando sarà approvata decadranno tutti gli incarichi, compreso appunto quello del Consiglio. Chi arriverà dopo l'oncologo? Matteo Bassetti, infettivologo di Genova ci spera. Ma questa volta sottotraccia, senza esporsi troppo come successo in passato per altri incarichi.

©RIPRODUZIONERISERVATA

Silvio Brusafferroll presidente dell'Iss scade il 24 luglio. Tra i candidati alla successione, Teresa Palamara. Rocco Bellantone e Ferdinando Romano

IGiorgio Palùll presidente di Aifa lavora ormai da tanto tempo per succedere a se stesso e sarebbe a un passo dalla riconferma

Gianni Rezzall responsabile della Prevenzione del ministero è in pensione da maggio, in pole per sostituirlo c'è Francesco Vaia

IFranco LocatelliDopo l'estate dovrà lasciare anche il presidente del Consiglio superiore di sanità. Matteo Bassetti vorrebbe sostituirlo

West Nile Virus: trasfusioni sicure grazie alla rete dei controlli sui donatori di sangue

Il sistema di controlli in atto nei servizi trasfusionali degli ospedali italiani garantisce la sicurezza delle trasfusioni anche dalla minaccia del West Nile Virus. E lo testimonia anche quanto è successo nei giorni scorsi a un donatore di sangue di Parma che nel 2023 è stato il primo caso rilevato umano di infezione da WNV. Lo ha sottolineato il Centro Nazionale Sangue in una nota

di Valentina Arcovio



Il sistema di controlli in atto nei **servizi trasfusionali** degli ospedali italiani garantisce la sicurezza delle trasfusioni anche dalla minaccia del **West Nile Virus (WNV)**. E lo testimonia anche quanto è successo nei giorni scorsi a un **donatore di sangue** di Parma che nel 2023 è stato il primo caso rilevato umano di infezione da WNV. Lo ha sottolineato il **Centro Nazionale Sangue** in una nota. Nel periodo tra 2018 e 2022 sono stati 195 i **donatori di sangue** risultati positivi dai controlli sulle sacche di sangue, con picchi registrati nel 2018 e nel 2021 (rispettivamente 68 e 89 casi rilevati). La Regione dove sono stati trovati più **donatori positivi** è stata l'Emilia Romagna, con 63 casi. Seguono poi la Lombardia con 55, il Veneto con 42 e il Piemonte con 31, 3 casi sono stati poi registrati nel Friuli Venezia Giulia e uno in Sardegna.

Il sistema di sorveglianza prevede il monitoraggio costante dei vettori del virus

Il **sistema di sorveglianza** permette di rilevare le positività al virus dei **donatori asintomatici** e di conseguenza protegge dal contagio i pazienti che hanno bisogno di una trasfusione. Il sistema si basa sull'attuazione del **Piano Nazionale Arbovirosi 2020-2025** che mette in stretta connessione i diversi sistemi di sorveglianza (veterinaria, entomologica e umana) e prevede il **monitoraggio costante** del principale vettore del virus, un particolare tipo di zanzara chiamata **zanzara Culex**, ma anche di altri ospiti come gli uccelli e gli equini, che sono un segnale della presenza del virus.

Le strategie di prevenzione del Centro Nazionale Sangue

Non appena riscontrata la **positività di vettori** o animali ospiti, grazie a degli appositi controlli, viene subito diramata l'allerta. Il **Centro Nazionale Sangue** dispone quindi l'effettuazione di esami specifici, i cosiddetti **test NAT**, su tutte le sacche di sangue raccolte nella provincia interessata (o nelle due province interessate qualora il virus venga rilevato in un comune vicino al confine del territorio provinciale). Questo sistema permette di attivare i controlli sui donatori prima ancora che si verifichi il **contagio di un umano**. Il Centro Nazionale Sangue dispone anche la sospensione per 28 giorni di ogni donatore che, pur residente altrove, abbia viaggiato in una delle zone dove è stato rilevato il virus.

Le donazioni vengono sospese in chi viaggia nelle zone a rischio

Il **monitoraggio del virus** dura per tutta la stagione estivo-autunnale, in concomitanza con la presenza delle zanzare, e non si limita al territorio italiano. Grazie ai bollettini dello **European Centre for Disease Prevention and Control** tutti i **servizi trasfusionali** e le unità di raccolta associativa possono individuare in tempo reale in che zone il virus è presente anche a livello europeo e mondiale, sospendendo, se necessario, i donatori che hanno viaggiato, per vacanza o lavoro, nelle **zone a rischio**. Anche per questo è importante comunicare, durante la **visita di controllo** con il medico responsabile della selezione del donatore, ogni viaggio o spostamento effettuato in tempi recenti.

De Angelis: «Le trasfusioni di sangue in Italia sono sicure»

«Questi numeri testimoniano l'efficacia di un sistema che ha come obiettivo quello di tutelare non solo la **salute del paziente** ma anche quella del donatore stesso – ha commentato il direttore del CNS **Vincenzo De Angelis** – È chiaro poi che qui parliamo di **donatori infetti** ma privi di sintomi, perché non è possibile donare sangue e plasma se

si ha anche il minimo sintomo influenzale. Quando in un donatore viene riscontrata la positività al **virus del West Nile** è sicuramente una brutta notizia, perché vuol dire che il virus sta circolando nel nostro paese. Ma è anche una buona notizia, perché vuol dire che le trasfusioni sono sicure e le **trasfusioni** rappresentano la salvezza per circa 1.800 persone al giorno».

West Nile Virus è presente anche in Italia da qualche anno

Il West Nile è un virus della **famiglia dei Flaviviridae** isolato per la prima volta nel 1937 in Uganda. È molto diffuso in Africa e anche in America e da qualche anno è **presente** anche in Italia, principalmente nella zona della Pianura Padana, ma non solo. I serbatoi del virus sono gli **uccelli selvatici** e le zanzare del tipo Culex, le cui punture sono il principale mezzo di trasmissione all'uomo. La **febbre West Nile** non si trasmette da persona a persona tramite il contatto con le persone infette. La maggior parte delle persone infette (75-80%) non mostra alcun sintomo. Fra i **casi sintomatici**, circa il 20% presenta **sintomi leggeri**: febbre, mal di testa, nausea, vomito, linfonodi ingrossati, sfoghi cutanei. Questi sintomi possono durare pochi giorni, in rari casi qualche settimana, e possono variare molto a seconda dell'età della persona. I sintomi più gravi si presentano in media in meno dell'1% delle persone infette e comprendono febbre alta, forti mal di testa, **debolezza muscolare**, disorientamento, tremori, disturbi alla vista, torpore, convulsioni, fino alla paralisi e al coma. Alcuni **effetti neurologici** possono essere permanenti.

quotidiano **sanità**.it

Lunedì 17 LUGLIO 2023

Se per la medicina generale manca un progetto globale di riforma

Gentile direttore,

il collega Enzo Bozza scrive sempre degli articoli pungenti e ironici, capaci di toccare con “leggerezza” temi importanti. Nel suo ultimo intervento ([Qs 14 luglio](#)) affronta due aspetti su cui vorrei dare il mio contributo.

Il primo riguarda le tante “mirabolanti soluzioni e trovate fantasmagoriche” di riforma della medicina di famiglia che quotidianamente suggeriscono come dovrebbe essere il nostro lavoro, come deve essere cambiato e come deve essere giuridicamente inquadrato. Di fondo, in tutto questo, manca una seria riflessione su quale medico e quale medicina del territorio si vuole per il prossimo futuro. In mancanza di un progetto chiaro ogni singola proposta appare come una “toppa” su un vestito logoro. L’esempio più eclatante di questa “toppa” è proprio la proposta di strumentazione da fornire ai medici di famiglia perché “giochino” a fare gli specialisti. Ma può un medico uscito 20-30 anni fa dall’università, senza aver ricevuto alcuna preparazione specifica improvvisarsi a usare un ecografo? Non va prima forse fatta partire una formazione adeguata magari finalmente rendendo “universitario” il corso per medici di famiglia? E poi è pensabile che con gli attuali carichi di lavoro e di burocrazia i medici di famiglia che già faticano a seguire i propri pazienti (a volte divenuti 1800-2000) dedicare tempo a esami strumentali? E’ chiaro che questo potrà essere possibile solo in una organizzazione del lavoro in equipe molto lontana dal realizzarsi in tempi brevi e non alla portata di tutte le realtà. Ha ragione il collega Bozza a segnalare anche il contenzioso medico legale che si può aprire in caso di diagnosi per forza di cose poco attendibili. La strumentazione da fornire agli studi dei medici di famiglia è solo un aspetto che va inserito in una riforma più ampia che disegni in maniera chiara la medicina del territorio del futuro.

Ed è proprio questo che continua a mancare: un progetto globale che metta al centro del percorso di cura il malato con i suoi bisogni di salute, che renda il medico di famiglia e lo specialista ugualmente coinvolti nell’assistenza del malato a partire dal suo luogo di vita per passare se necessario all’ospedale in una modalità in cui venga seguito il malato e non la malattia. Non è pensabile rifondare la medicina di famiglia senza coinvolgere nella riforma il distretto e l’ospedale. Purtroppo, una riflessione seria su come vogliamo realizzare la sanità nel prossimo futuro io ancora non la vedo. E chi dovrebbe dar voce a quanti di noi lavorano in maniera sempre più alienante e demotivata, sono spesso latitanti o nella maggior parte dei casi rimangono arroccati su posizioni di comodo.

E qua arrivo al secondo punto: i sindacati. Il collega Bozza si chiede che senso ha per noi medici continuare ad iscriversi a un sindacato vista la loro “inettitudine” dimostrata negli ultimi 40 anni. Mi permetto di osservare che in democrazia i sindacati hanno un ruolo di tutto rilievo nel difendere i diritti dei lavoratori e l’ordinamento attuale prevede che il rinnovo dei contratti collettivi avvenga tra “datori di lavoro”, che nel nostro caso è la parte pubblica, e i rappresentanti dei vari sindacati.

Oggi non essere iscritti ad alcun sindacato vuol dire essere fuori da qualsiasi possibilità di incidere. Il problema è che siamo di fatto sotto il monopolio di un unico sindacato che continua ad avere la maggioranza proprio perché chi si cancella non si iscrive agli altri sindacati.

Quindi caro Bozza per come stanno le cose oggi non essere iscritti ad alcun sindacato vuol dire di fatto favorire la Fimmg che da sola continua ad avere più del 60% fra gli iscritti ai sindacati. I non iscritti potrebbero anche superare gli iscritti Fimmg ma non avranno alcun peso nel tavolo delle trattative. Sarebbe necessario riequilibrare le forze dando più forza ai sindacati minoritari, in modo che possano avere un ruolo significativo nelle trattative. Altrimenti continueremo a pendere dal monopolio di un unico sindacato che di fatto può fare il buono e il cattivo tempo. E se le cose non cambiano dobbiamo sì battere il “mea culpa” e dire come tu nonno” è colpevole se la padrona è fessa?”.

Ornella Mancin

Psichiatria e allattamento al seno, ecco le indicazioni. Focus sul consumo di sostanze



Il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno (Tas) e l'Unicef Italia hanno elaborato la **Position Statement** - Allattamento e promozione della salute materno-infantile: focus sulla salute mentale - con il contributo di Società Italiana di Psichiatria (Sip), Società Italiana di Neurologia (Sin), Lega Italiana contro l'Epilessia (Lice), Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Sinpia), Ordine Psicologi del Lazio.

Il documento - spiega il ministero della Salute - esplora la transizione alla genitorialità che rappresenta un periodo sensibile all'interno del ciclo di vita e può far emergere aspetti di crisi e di problematicità. Nelle donne i disturbi mentali esordiscono soprattutto in gravidanza e nel primo anno dopo il parto. Le condizioni psichiatriche materne di per sé non controindicano l'allattamento, che in questi casi è raccomandato con le stesse modalità e durata rispetto alla popolazione generale.

Focus sull'abuso di sostanze

Ridurre il rischio cardiovascolare nell'obesità: una nuova opportunità terapeutica

di *Furio Colivicchi* *



La ricerca cardiologica italiana vanta una grande tradizione e straordinari risultati. Negli ultimi 40 anni i cardiologi italiani hanno infatti realizzato studi osservazionali e trial randomizzati che hanno cambiato in modo significativo la gestione clinica delle principali malattie cardiovascolari in tutto il mondo. Un contesto clinico in cui negli ultimi anni la ricerca ha fatto passi da gigante è la cura dell'obesità. Si tratta di una vera e propria malattia cronica che espone i pazienti ad un elevato rischio di eventi cardiovascolari. La Convention Next

Generation organizzata dall'Anmco per raccogliere i giovani cardiologi con uno spiccato interesse per la ricerca clinica, ha consentito di fare luce sulle nuove opportunità terapeutiche disponibili per la gestione di questa patologia. L'obesità non è ascrivibile solo a uno stile di vita scorretto, ma è il risultato di una complessa interazione di molteplici fattori genetici, metabolici, ambientali, e comportamentali. Per tale motivo, gli interventi mirati esclusivamente alle modifiche dello stile di vita possono essere inefficaci. In questo contesto si inseriscono alcune opzioni terapeutiche farmacologiche, recentemente introdotte nella pratica clinica; sono state infatti evidenziate le potenzialità dell'approccio farmacologico basato sull'impiego degli agonisti GLP1. Questi farmaci hanno dimostrato di essere efficaci sia nel ridurre il peso del paziente che il rischio cardiovascolare. Ricordiamo che, a dosaggi e con regimi terapeutici differenti, si tratta di farmaci utilizzati anche in altri contesti come ad esempio nel diabete. Nella pratica clinica il particolare interesse nei confronti di un trattamento farmacologico per l'obesità deriva dal fatto che gli interventi farmacologici aumentano la perdita di peso ottenuta con i soli interventi sullo stile di vita, che comunque rimane il fulcro di qualsiasi trattamento. Inoltre, vi sono evidenze che il trattamento farmacologico aiuta anche a prevenire la ripresa del peso in eccesso. Da non trascurare ed oggetto ancora di attenzione da parte della ricerca sia di base che clinica sono i cosiddetti effetti "pleiotropici". Infatti, se sono chiare le evidenze da un punto di vista di beneficio clinico associato a questi farmaci alcuni dei meccanismi alla base di questo beneficio devono essere ancora definiti. La conoscenza di questi meccanismi potrà aprire la strada a ulteriori applicazioni, potenzialmente anche in campi diversi dall'obesità e dal diabete. Non dimentichiamo che altri farmaci inizialmente introdotti nella pratica clinica per il trattamento del diabete sono risultati poi efficaci in ambiti diversi eppure molto importanti, come lo scompenso cardiaco e l'insufficienza renale. Un ulteriore campo di grande interesse per la ricerca clinica rivolta alla gestione dell'obesità è il microbiota o flora intestinale, ovvero l'insieme dei milioni di microrganismi, principalmente batteri, che popolano l'intestino. Il ruolo del microbiota sullo stato di salute dell'intero individuo, ed in particolare l'impatto che ha sul suo metabolismo e sul controllo del peso corporeo è ben noto. Poiché crescenti evidenze supportano il suo ruolo anche nell'ambito delle malattie cardiovascolari un campo di ricerca particolarmente promettente è rappresentata dagli interventi sul microbiota che hanno come obiettivo ridurre il peso corporeo ed anche il rischio di numerose malattie cardiovascolari, dalle malattie aterosclerotiche allo scompenso cardiaco. In conclusione, sulla scia degli importanti passi avanti fatti negli ultimi anni, nel prossimo futuro ci aspettiamo che la ricerca clinica porterà ulteriori importanti novità per la gestione dell'obesità e, più in generale, delle malattie cardiovascolari.

** Direttore Cardiologia Clinica e Riabilitativa Ospedale San Filippo Neri Asl Roma 1*



La rivista Science pubblica un articolo firmato da scienziate e scienziati di fama internazionale. Arianna Menciassi, prorettrice della Scuola Superiore Sant'Anna, illustra le potenzialità della soft robotics nella chirurgia mininvasiva



Pisa, 14 luglio 2023 - Intelligenza artificiale e robotica medica. Un binomio destinato a cambiare la medicina del presente e del futuro. L'applicazione dell'intelligenza artificiale nella robotica medica sta avviando una nuova fase di sviluppo che potrebbe consentire di eseguire esami diagnostici più precisi e interventi chirurgici a distanza, nonché fornire un supporto personalizzato nei dispositivi di riabilitazione e nelle protesi avanzate.

Sull'argomento, la rivista *Science* ha pubblicato un approfondimento dal titolo '[Artificial intelligence meets medical robotics](#)', dove scienziate e scienziati internazionali hanno analizzato gli scenari, le prospettive e i benefici che questa interazione può portare nel campo della medicina. Arianna Menciassi, prorettrice della Scuola Superiore Sant'Anna e unica docente italiana a firmare l'articolo, ha illustrato le potenzialità della soft robotics nella chirurgia mininvasiva.

Soft robotics per la chirurgia mininvasiva



Prof.ssa Arianna Menciassi

Nel paragrafo ‘Soft robotics for minimally invasive surgery’, scritto assieme a Kaspar Althoefer (Queen Mary University of London), Arianna Menciassi analizza i benefici tecnologici derivanti dall’utilizzo di componenti soft nei robot chirurgici. Nonostante i notevoli progressi della chirurgia mininvasiva assistita da robot, i sistemi tradizionali sono spesso limitati dalla struttura rigida dei componenti, che può rendere difficile l’accesso a determinate aree del corpo e può causare lesioni ai tessuti.

La caratteristica principale della soft robotics è l’uso di materiali che possono deformarsi, piegarsi, restringersi e cambiare rigidità, unendo all’affidabilità e alla precisione tipiche della robotica una sicurezza intrinseca delle procedure. I robot con componenti soft riescono a raggiungere in sicurezza parti del corpo difficili da esplorare per robot tradizionali e delicate, come ad esempio l’orecchio, l’addome e il torace, e possono eseguire sia diagnosi che interventi chirurgici.

STIFF-FLOP, progetto europeo apripista dell’utilizzo di intelligenza artificiale e soft robotics in medicina

Arianna Menciassi si è soffermata sull’importanza del progetto europeo STIFF-FLOP (stiffness controllable flexible and learnable manipulator for surgical operations), coordinato dal King’s College di Londra con l’Istituto di BioRobotica della Scuola Sant’Anna tra i partner. I sistemi robotici morbidi sviluppati all’interno del progetto sono stati realizzati in materiali silicnici biocompatibili e azionati pneumaticamente, utilizzando nuovi metodi di fabbricazione che hanno consentito di creare strutture affidabili, sicure ed efficaci. Inoltre, sono state impiegate tecniche avanzate di machine learning per teleoperare intuitivamente i robot morbidi nella cavità addominale del paziente.

Le sfide future

Uno degli obiettivi principali è migliorare la precisione e l'accuratezza dei sistemi robotici morbidi. Per ottenere il movimento infatti, questi sistemi si basano sulla deformazione del materiale con cui è costruito il robot. Il movimento risultante è pertanto più difficile da controllare e può comportare una minore precisione di posizionamento, che potrebbe rappresentare una criticità quando si va a eseguire un intervento chirurgico.

Per superare questa problematica, si stanno sviluppando strategie avanzate basate su intelligenza artificiale, machine learning e controllo guidato dai dati, in grado di gestire il movimento non lineare dei robot morbidi. I recenti progressi in termini di computer vision, modellazione in tempo reale e simulazione possono rendere possibile il funzionamento dei robot morbidi per la chirurgia senza ingombranti modalità di teleoperazione e lunghe sessioni di formazione per i chirurghi.

Palermo, black-out all'assessorato alla Sanità: attivato un gruppo elettrogeno



Tecnici al lavoro

PIAZZA OTTAVIO ZIINO di Redazione

17 LUGLIO 2023, 09:47

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

PALERMO – Black-out all'assessorato alla Sanità della Regione Siciliana, a Palermo, in piazza Ottavio Ziino. Un guasto a un componente dell'impianto elettrico ha fatto saltare la corrente rendendo, di fatto, inaccessibili i locali dove non c'è luce né acqua.

Tecnici al lavoro

L'ingresso dei dipendenti dell'assessorato è slittato alle 11, mentre una squadra di tecnici è già al lavoro, ma non è ancora possibile stabilire se il guasto potrà trovare soluzione in tempi brevi. Intervenuta la Protezione civile con un gruppo elettrogeno d'emergenza che sta garantendo il minimo per le attività.

Dal palazzo

L'approfondimento di Insanitas

Iris, venti anni a tutela dei pazienti con malattie metaboliche rare

L'intervista alla presidente Maria Calderone, che parla di queste malattie che oggi colpiscono sempre più bambini.

Tempo di lettura: 5 minuti



16 Luglio 2023 - di [Roberta Rizzo](#)

palloncino gastrico Allurion

[Apri](#)

Inizia oggi stesso il tuo percorso con Allurion

Allurion Technologies

[INSANITAS](#) > Dal Palazzo

PALERMO. Diagnosticare una **malattia metabolica rara** è molto difficile, ancor di più se si tratta di bambini. Molto spesso ci si ritrova a non sapere cosa fare, come comportarsi. L'associazione **Iris** si occupa proprio di queste patologie causate dal malfunzionamento o dall'assenza di uno degli enzimi necessari al nostro organismo. Intervistata da Insanitas, la presidente **Maria Calderone** ci ha raccontato qualcosa di più sull'Associazione e su queste malattie che oggi colpiscono sempre più bambini.

Quando è nata Iris e da quanti membri è composta?

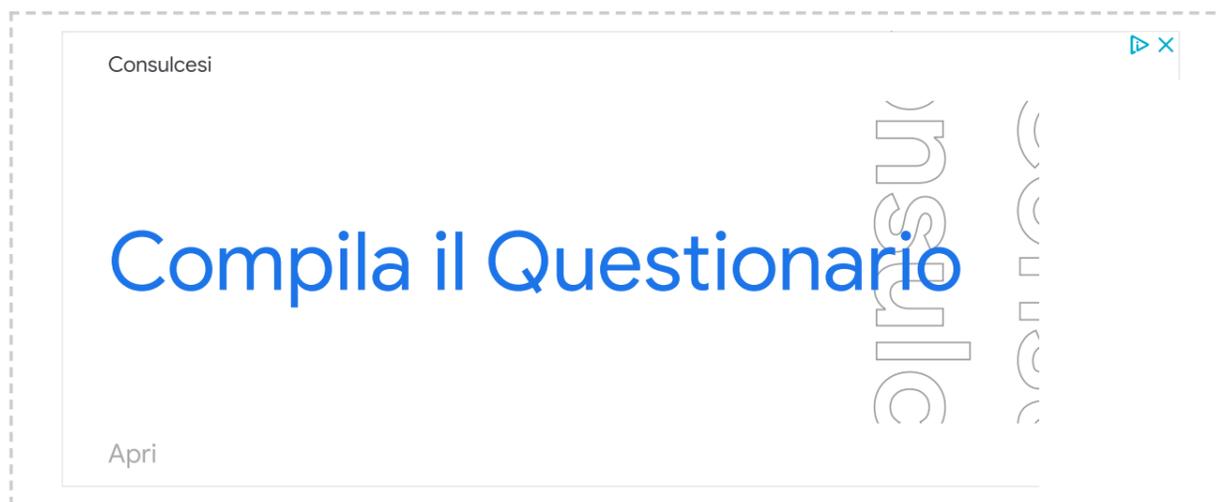
«L'Associazione è stata istituita nel 2003- infatti abbiamo festeggiato il ventesimo anno di vita- per volontà di alcuni genitori e di pazienti affetti da malattie metaboliche. Si occupa prevalentemente di sostenere le famiglie che si trovano ad affrontare questi problemi; quindi è un come una **“grande famiglia”**. Ci si conosce da tanti anni, siamo un gruppo coeso e quando ci sono necessità presso gli ospedali e problematiche delle malattie metaboliche noi interveniamo laddove possibile, cercando di aiutare le famiglie a vivere in modo più idoneo possibile».

Quanti siete in associazione?

«Ufficialmente un componente per ogni nucleo familiare, siamo circa 28 famiglie. Sono coinvolti pure i genitori, i fratelli e le sorelle e molti amici simpatizzanti, insomma siamo un bel gruppo con più di 150 persone».

Fatti trovare da chi cerca

Trova più clienti con il tuo budget pubblicitario, grazie a soluzioni automatizzate di Ads Google Ads



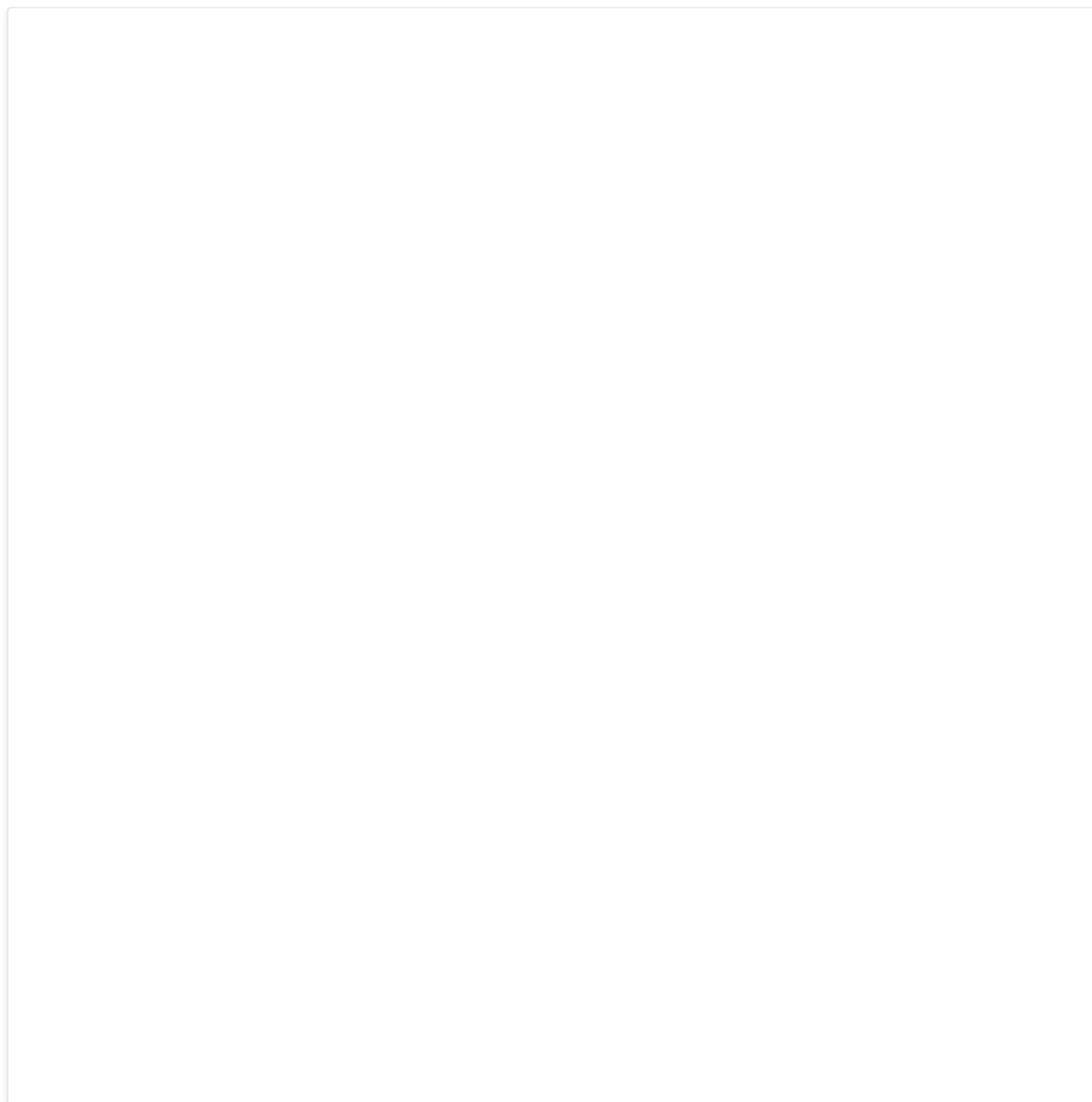
Quali sono le malattie metaboliche più riscontrate?

«Anzitutto la **fenilchetonuria**, riconosciuta dallo screening dal 1992. Poi tra le malattie metaboliche molto rare abbiamo Metilmalonico aciduria, **Leucinosi**, **Omocistinuria**, **Encefalopatia mitocondriale**, detta Melas, **glicogenosi** e **citrullinemia**. Ce ne sono alcune che riguardano problemi neuromuscolari, altre che sono prettamente di natura enzimatica. In alcuni casi esiste la cura, in altri no».

Quali sono gli obiettivi che Iris si propone?

«Accompagnare il paziente in questo percorso e dare solidarietà anche alle famiglie, fare qualcosa pure a livello strutturale, intervenendo laddove è possibile per migliorare la situazione nei centri di cura e cercando persone competenti nel settore. Il nostro è un ambito difficile da questo punto di vista, ci vuole un continuo lavoro di informazione e ricerca. Iris ha supportato anche lo **screening neonatale esteso** e lo abbiamo fatto quando ancora lo screening per le malattie metaboliche non esisteva. Abbiamo portato avanti il progetto dello screening metabolico insieme all'**Ospedale Civico** di Palermo e siamo riusciti a scoprire molti casi prima che si manifestassero i segni delle malattie, talvolta molto pesanti. Queste malattie possono portare disabilità grandi e anche la morte. Noi, purtroppo, abbiamo avuto casi di bambini che adesso non ci sono più».





È difficile arrivare alla diagnosi di queste malattie metaboliche?

«La diagnosi non è facile. Alcune volte non si arriva a una diagnosi, e quando ci si arriva ci vuole tanto tempo e a volte si parla di 7-10 anni. Noi, come associazione, ci proponiamo soprattutto di dare un

MENU

Cerca...



qualcuno che lo accomunasse ad altre persone. Anche io sono affetta da malattia metabolica rara, **la malattia di Fabry**, come mio figlio e mia mamma. Siamo molto coinvolti».

È difficile lo stile di vita?

«Lo stile di vita dipende da come si si affronta. Per questo dico che il supporto psicologico è importante, perché ci si trova ad affrontare una situazione nuova; c'è chi la prende in un modo, c'è chi la prende in un altro. Ricordiamoci che non c'è solo la persona che deve affrontare il problema, ma anche il nucleo familiare. Molte volte i familiari ci sono, ti stanno vicino, ti supportano; Poi ci sono familiari che totalmente si allontanano e questo dipende, purtroppo, dalle persone, da come si è».

Iris cosa sollecita alla Regione Siciliana?

«Il reparto lo abbiamo, si trova all'ospedale Cristina di Palermo, però dovrebbe essere implementato. Si potrebbe migliorare la condizione dei **Day Hospital** e dei **Day Service**, i Follow-Up dovrebbero essere fatti con più regolarità. Inoltre c'è carenza di personale. Noi alla Regione abbiamo già avanzato alcune proposte di miglioramenti con piccole soluzioni che possono tornare utili al paziente. Ci stanno lavorando su queste proposte, quindi ci stanno ascoltando. Sono contenta perché almeno un dialogo esiste e speriamo possa portare ulteriori cambiamenti».

Avete difficoltà nel reperire i farmaci?

«Sono dispensati dalla Regione. Grazie al lavoro svolto dal professore Lagalla, quando allora era assessore, siamo riusciti ad ottenere i **farmaci salvavita** in modo gratuito dalle farmacie territoriali con un procedimento ad hoc: il medico specialista lo prescrive con un **piano terapeutico** e lo danno al paziente. Qualche piccolo problema c'è, a livello di **consegne** magari per problemi di ditte o per farmaci dismessi dal mercato. Inoltre con alcune gare di appalto si acquistano prodotti non più all'avanguardia, superati dai nuovi farmaci che possono migliorare la qualità di vita».



Voli sospesi all'aeroporto di Catania, i danni per la filiera turistica, "scenario inquietante"

PARLA UN ALBERGATORE SIRACUSANO



di Gaetano Scariolo | 17/07/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

“Aspettavamo dei clienti nella giornata di oggi che sarebbero dovuti arrivare oggi e restare per una settimana ed ora non sappiamo cosa accadrà”. Lo afferma a **BlogSicilia** un albergatore siracusano alle prese con le prenotazioni saltate per via dello scoppio dell'[incendio all'aeroporto Fontanarossa](#) di [Catania](#) che ha costretto la Sac, per motivi di sicurezza, a sospendere i voli in entrata ed in uscita fino al 19 luglio.

Leggi Anche:

Fiamme all'aeroporto di Catania, turisti in fuga e danni ingenti, voli sospesi fino al 19 luglio

Che cosa prevede?

Dipende da caso a caso. Si clienti hanno prenotato con un'agenzia, come Booking tanto per fare un esempio, sarà quest'ultima a gestire la prenotazione. Potrebbe capitare, che la stessa agenzia decida di cancellare la prenotazione per poi agevolare lo stesso cliente: un rimborso o altre soluzioni ma su questo aspetto non posso entrare perché non mi compete.

E se il cliente ha prenotato direttamente?

In questo caso, trattiamo noi con il cliente, scegliendo una soluzione che possa essere agevole, nella speranza, sempre, che possa trascorrere il soggiorno a Siracusa, altrimenti rischiamo di perdere degli incassi che avevamo già messo in preventivo. E' di tutta evidenza che una struttura alberghiera, operante a Siracusa ed in genere in Sicilia, il grosso degli affari si materializza nella stagione estiva. Abbiamo preso impegni, per cui non ci resta che sperare nella risoluzione del problema a Catania. Poi c'è un altro aspetto....

Quale?

Capire cosa faranno le compagnie aeree. Se i voli saranno sospesi fino al 19 luglio, è importante sapere dove le compagnie intenderanno dirottare i passeggeri. E' chiaro se le persone che aspettiamo a Siracusa, atterreranno, ad esempio a Trapani, sarà un problema, soprattutto per il nostro sistema viario e di trasporto. Non dimentichiamo che da Trapani a Siracusa in auto ci si impiega almeno 4 ore quando va bene, non parliamo del resto, tra cui bus mentre per le ferrovie è meglio lasciare perdere.

Leggi Anche:

Fuoco, paura e danni, ecco l'aeroporto di Fontanarossa dopo l'incendio

Ci sarebbe anche Palermo...

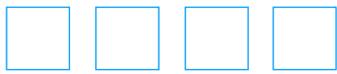
Vero, ma non si può pensare che Trapani e Palermo possano reggere tutto il peso di Catania. Non sono scali attrezzati per un mole di aerei così importante. Si creerebbero tanti ritardi.

Il rischio di un mezzo disastro è tangibile per la filiera turistica?

Sicuramente anche perché non è che ci siamo solo noi albergatori nella filiera del turismo. Penso ai ristoratori, alle compagnie di noleggio di auto e scooter, alle attività commerciali delle nostre città.

Sciopero, il Tar rigetta il ricorso della Cgil e dà ragione a Salvini

[cgil](#) [trasporti](#) [matteo salvini](#) [sciopero](#)



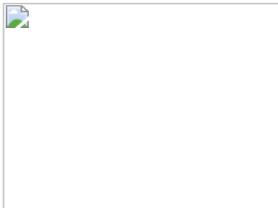
Sullo stesso argomento:

Specchia azzerò Davigo: "Lei non dovrebbe parlare" Botte da orbi a In

Pietro De Leo 15 luglio 2023

Mastica amaro la Cgil, dopo il braccio di ferro innescato con il ministro dei trasporti Matteo Salvini. Quest'ultimo, infatti, aveva stabilito una precettazione dalle 15 di giovedì che, almeno per mezza giornata, ha consentito di salvare salvabile a fronte di uno sciopero del personale dei treni che ha causato gravissimi disagi ai viaggiatori. In piena estate, peraltro, periodo di forte afflusso nel trasporto ferroviario dove ri-organizzare un tragitto è davvero difficile. La Filt Cgil, a fronte dell'iniziativa di Salvini, aveva presentato ricorso Tar. Che però ha respinto la richiesta di sospensione cautelare urgente

dell'ordinanza ministeriale. Il tribunale amministrativo ha ritenuto l'insussistenza dei presupposti dell'articolo 56 del codice del processo amministrativo (che consente di ottenere un decreto presidenziale monocratico per disporre misure cautelari in caso di «estrema gravità e urgenza»). Peraltro al netto dei rilievi in punta di diritto, secondo il Tar «appare potiore (ossia preferibile ndr) l'interesse degli utenti che hanno fatto affidamento sulla continuità del servizio assicurato dal gravato provvedimento e dei conseguenti disagi che verrebbero a sopportare, aggravati dall'estrema difficoltà da parte delle aziende di apprestare tempestivamente le idonee misure organizzative nella fascia protetta». È stata fissata per il 4 settembre l'udienza per la trattazione collegiale del ricorso.



Costruisci il tuo portafoglio cripto ideale

Compra cripto su una piattaforma intuitiva. Bitcoin, Ethereum e oltre 60 cripto-asset disponibili

Sponsorizzato da



Specchia azzera Davigo: "Lei non dovrebbe parlare". Botte da orbi a In onda

La Filt Cgil, in una nota dà questa chiave di lettura: «Il Tar non ha bocciato il nostro ricorso, ma ha ritenuto di non poter accordare la sospensiva perché la precettazione era in avanzato stato di esecuzione». E ancora spiega che «la valutazione di merito è rinviata al 4 settembre». Intanto, rimane ancora il confronto tra le sigle e il ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti dopo la precettazione dell'altro ieri. Pierpaolo Bombardieri, leader della Uil, in un'intervista a Repubblica attacca: «La precettazione in sé è avvenuta anche in passato, ma si trattava di situazioni differenti. Non ci si può chiedere all'ultimo minuto, come è avvenuto ieri, di tirarci indietro. E se si precetta, vuol dire che in questo Paese non si può più scioperare». Critiche arrivano anche da Luigi Sbarra, della Cisl: «L'unica precettazione che ci aspettiamo dal governo è quella di obbligare le aziende a rinnovare i contratti».



Indiscrezione clamorosa: deciso il destino di Facci in Rai

Salvini, dal suo canto replica: «Non abbiamo cancellato il diritto allo sciopero abbiamo semplicemente ridotto a dodici ore per permettere alla gente di tornare a casa dopo il lavoro». E, interpellato sulla decisione del Tar, osserva «Sono gli italiani, i lavoratori e le lavoratrici, che hanno bocciato una pretesa assurda della Cgil e dei sindacati di bloccare per 24 ore tutta l'Italia». Il vicepresidente del consiglio, inoltre, entra anche nel merito della polemica sulla sua decisione di precettare la mobilitazione: «Ricorsi e insulti non mi fermano o spaventano, adesso conto che aziende e sindacati trovino un accordo che manca da troppo tempo». E intanto, oggi, si prepara l'altra giornata clou, quella dello sciopero che coinvolgerà il trasporto aereo, con il Codacons che prova a mettere nero su bianco una previsione: «250mila cittadini in partenza dagli aeroporti italiani rischiano di rimanere a terra a causa dello sciopero nel settore del trasporto aereo, che ha portato finora alla cancellazione di circa mille voli e alla riprogrammazione di numerose partenze. Scioperi che rischiano di arrecare un danno enorme ai cittadini, molti dei quali potrebbero non riuscire a raggiungere le località di villeggiatura e perdere così giorni di vacanza».

Reddito di cittadinanza ai saluti, per il futuro regna il caos: ecco in quanti lo perderanno in Sicilia

Salvo Catalano | domenica 16 Luglio 2023



Ancora poche le informazioni sull'Sfl del Governo Meloni, tanti i ritardi del programma Gol per i percettori del reddito in Sicilia. Da agosto il sussidio cambierà

A partire dall'1 agosto tra 40 e 45mila persone under 60 in Sicilia resteranno senza **reddito di cittadinanza**. Eppure sul percorso che dovrebbe accompagnarli verso un corso di formazione e quindi verso la nuova misura da 350 euro al mese pensata dal governo Meloni, l'**Sfl** (Supporto alla formazione e il lavoro), regna il caos.

“**Cosa devo fare adesso?**”, è la domanda che si sentono rivolgere patronati, sportelli informativi, operatori dei centri per l'impiego da parte dei percettori a rischio. E la risposta è unanime: un'alzata di spalle. Perché non si sa.

Senza reddito di cittadinanza in Sicilia, cosa succede adesso

In Sicilia i corsi di formazione del **programma Gol**, destinati proprio ai percettori di reddito, non sono ancora partiti a causa dei **ritardi** degli uffici regionali. “Forse a settembre”, è la voce che rimbalza tra gli addetti ai lavori, mentre in altre Regioni i primi corsi hanno avuto inizio a fine 2022. Così come non si sa ancora quale sia la procedura per accedere all’Sfl. Una cosa è certa: la **Legge di Bilancio** che ha modificato la normativa sulla Reddito di cittadinanza impone che nel 2023 un percettore definito occupabile (under 60, senza figli minori e senza disabili nel nucleo familiare) possa ricevere al massimo **sette mensilità**.

Ecco perché la data dell’1 agosto sarà una tagliola. Questo limite temporale non si applica per i percettori presi in carico dai servizi sociali del Comune, che continueranno a ricevere il Rdc fino a dicembre 2023.

Quanti perderanno il reddito

Nei primi cinque mesi del 2023 in **Sicilia 250.577 nuclei hanno preso almeno una mensilità** di Reddito o pensione di cittadinanza; le persone coinvolte – cioè quelle che in definitiva con questi sussidi ci vivono – sono 576.840. L’importo medio è stato di 612 euro. Nel 2021 e 2022 si erano arrivati a toccare un numero molto più alto di persone coinvolte: fino a 733mila. Se allarghiamo lo sguardo a tutto il Meridione, comprese le isole, negli ultimi sei mesi 1,9 milioni di persone hanno contato sulla misura.

Nel mese di maggio del 2023, ultimo dato Inps disponibile, in Sicilia 188.339 nuclei hanno avuto accesso al Rdc. Le **persone** coinvolte in totale arrivano a **447mila**, così suddivise: 150.700 in provincia di Palermo, 109.551 a Catania, 42.126 a Messina, 34.264 a Trapani, 32.884 a Siracusa, 32.341 ad Agrigento, 19.596 a Caltanissetta, 14.911 a Ragusa e 10.600 a Enna. Guardando al tasso di inclusione, cioè il numero dei percettori rispetto alla popolazione residente, in Sicilia ogni mille abitanti ci sono 148 persone che prendono il Reddito. Un tasso più alto si registra solo in Campania. E questo dato medio si impenna a Palermo, dove i percettori sono 189 ogni mille abitanti, e a Catania, dove sono 166 ogni mille.

Quante persone perderanno il reddito di cittadinanza? Secondo l'ufficio parlamentare Bilancio, sarà il 22,9 per cento del totale a livello nazionale. Se a maggio in Sicilia i percettori sono stati 188mila, a rimanere senza sostegno dovrebbero essere tra 40 e 45mila persone nel periodo compreso tra agosto e dicembre 2023.

Per loro la prima cosa da fare sarebbe iscriversi a un **corso di formazione** che duri almeno sei mesi: non un'optional, ma un obbligo già dal 1 gennaio 2023 introdotto dalla Legge di Bilancio. "In caso di mancata frequenza del programma assegnato – recita la norma – il nucleo familiare del beneficiario decade dal diritto alla prestazione. Le Regioni sono tenute a trasmettere all'Agenzia nazionale per le politiche attive del lavoro l'elenco dei soggetti che non rispettano l'obbligo di frequenza; l'Agenzia medesima mette a disposizione dell'INPS tale elenco, ai fini dell'adozione dei provvedimenti di decadenza del beneficio".

Social card e contributi post-RdC

Al di là della **social card** – una tantum da 382 euro – la misura pensata per non abbandonare completamente i percettori definiti occupabili, è il **Supporto per la formazione e il lavoro**, "utilizzabile – spiega l'Inps – dai componenti dei nuclei familiari di età compresa tra 18 e 59 anni, con un valore dell'ISEE familiare, in corso di validità, non superiore a 6.000 euro annui e che non hanno i requisiti per accedere all'ADI (l'Assegno di inclusione che invece andrà ai non occupabili *ndr*)".

"Il Supporto per la formazione e il lavoro è incompatibile con il Reddito di cittadinanza e la Pensione di cittadinanza e con ogni altro strumento pubblico di integrazione o di sostegno al reddito per la disoccupazione ed è pari a un importo mensile di 350 euro erogato per tutta la durata dei programmi formativi sopra indicati e, comunque, entro un limite massimo di dodici mensilità. Il beneficio economico è erogato mediante bonifico mensile da parte dell'INPS".

Il **nuovo sussidio** dovrebbe essere erogato a partire da settembre. Nuove circolari che illustrino le modalità di accesso sono attese dall'Inps nelle prossime settimane. I centri per l'impiego – dove è scattata la protesta dei dipendenti che si rifiutano, dopo anni in cui è stato tollerato per non paralizzare le attività, di svolgere mansioni superiori alla loro categoria di appartenenza – saranno chiamati a gestire un importante carico di lavoro aggiuntivo nel mese di agosto.

Migranti, l'Ue soccorre Tunisi firmata l'intesa da 255 milioni

Meloni, Von der Leyen e Rutte da Saied firmano il Memorandum Ue-Tunisia nel tentativo di frenare i flussi verso l'Italia. Ma la tranche principale da 900 milioni è vincolata all'accordo con il Fmi. Media non ammessi al Palazzo di Cartagine

— LEO.MAR

TUNISI — Kais Saied, l'imprevedibile ed enigmatico presidente tunisino, ha firmato ieri sera il Memorandum d'intesa, così atteso, trampolino di lancio per un «partenariato strategico completo» fra la Tunisia e l'Unione europea. L'accordo apre i rubinetti di nuovi finanziamenti per questo Paese afflitto da una crisi economica senza fine, ma il grosso resterà vincolato a un prestito alla Tunisia del Fmi, che ancora non si è concretizzato. Il nuovo piano su quattro anni arriva in un contesto di deriva autoritaria del presidente, con una ventina di oppositori politici in carcere, senza che ancora se ne siano capite le ragioni. E in un momento in cui il Paese sta gestendo in maniera caotica e molto poco rispettosa dei diritti umani l'afflusso dei migranti subsahariani, che da qui puntano a Lampedusa.

A firmare il Memorandum per la Ue, nel palazzo presidenziale di Cartagine, alle porte di Tunisi, c'era Ursula von der Leyen, accompagnata da Giorgia Meloni e dal premier olandese Mark Rutte. Erano già venuti qui l'11 giugno per convincere Saied a legarsi all'Ue in cambio di un bel gruzzolo e con l'impegno a contribuire ad arginare l'afflusso dei migranti verso l'Europa. Il terzetto e il presidente tunisino hanno poi parlato davanti a una platea vociante (e che applaudiva), ma senza l'ombra di un giornalista o la possibilità di porre una domanda. Per Meloni «questo partenariato deve diventare un modello per le relazioni dell'Unione europea con gli altri Paesi del Nordafrica». Ha aggiunto che «l'accordo sarebbe stato impensabile pochi mesi fa e lo dico con una punta d'orgoglio».

Nessuno ha accennato alla questione dei diritti umani. I tre hanno sciorinato i campi di cooperazione previsti (dalla possibilità per gli studenti tunisini di accedere a Erasmus in Europa alla possibilità di investimenti in Tunisia nelle energie rinnovabili, passando per lo sviluppo del traffico aereo, fondamentale per il turismo), come se fossero in Australia o in Lettonia e non nella Tunisia impoverita e oppressa di oggi (von der Leyen ha definito il piano «un investimento in una prosperità condivisa»). L'asse principale resta quello di assistenza macrofinanziaria. Ma il grosso dei fondi previsti (900 milioni di euro) sono vincolati al prestito del Fmi, su cui grava l'impasse. Possono essere invece sbloccati subito 150 milioni da iniettare nel bilancio pubblico tunisino (ma sono pochissimi per evitare un default). E poi 105 milioni per «il controllo delle frontiere, la ricerca e il salvataggio dei migranti». Ecco un aggiornamento sulla «gestione» che sarà finanziata dai contribuenti europei. Dopo che il 3 luglio un tunisino è morto in scontri tra popolazione locale e migranti a Sfax, principale base di partenza dei viaggi della speranza, si è scatenata un'ondata di aggressioni razziste a scapito dei subsahariani. Non solo: le forze di sicurezza tunisine hanno portato a forza centinaia di migranti in zone desertiche ai confini con Libia e Algeria, abbandonati lì senza acqua, né viveri. Solo una parte di loro (600, che si trovavano al confine libico) sono stati poi trasferiti dalla Mezzaluna rossa in centri improvvisati nel Sud della Tunisia, in attesa di essere espulsi. Ieri un gruppo di guardie frontiera delle autorità di Tripoli ha salvato una settantina di subsahariani che i tunisini avevano scaricato in territorio libico.

Nella pseudoconferenza stampa, Saied, senza che gli venisse richiesto, ha comunque sottolineato, convinto: «I tunisini hanno dato a questi immigrati tutto quello che poteva essere offerto loro, con una generosità illimitata». Per il momento, proprio le tensioni attuali spingono sempre più migranti a prendere il mare verso l'Italia. Il contrario di quanto Meloni avesse messo in conto.

©RIPRODUZIONERISERVATA

I fondi europei non sono legati al rispetto dei diritti civili e dei migranti

JDeportatiMigranti sub-sahariani cacciati dalla Tunisia e soccorsi nel deserto dalle guardie di frontiera libiche

MAHMUDTURKIA/AFP

I leader

La conferenza (senza domande della stampa) al Palazzo di Cartagine. Da sinistra: Rutte, Von der Leyen, Saied e Meloni

LA RIFORMA

Il Fisco secondo la destra sanatoria per i super ricchi e gli evasori per necessità

Nella delega fiscale in discussione al Senato il governo punta a tagliare le sanzioni ai Paperoni che collaborano con l'Agenzia delle entrate. Spunta il perdono per chi non riesce a pagare

DI GIUSEPPE COLOMBO

ROMA — Uno scambio, tra lo Stato e i super ricchi. Una necessità, per la destra al governo, al punto da prevedere un vantaggio per i Paperoni.

Eccola l'idea che sta prendendo forma nelle ultime ore, da inserire nella delega fiscale che oggi inizia il suo iter in Senato: i possessori di grandi patrimoni, in Italia e all'estero, escono allo scoperto con l'Agenzia delle Entrate, rivelando situazioni delicate, che possono generare rischi fiscali, in odore di evasione. Informazioni che le Entrate acquisiscono, predisponendo controlli e impegni in capo ai contribuenti facoltosi. Ma come ogni baratto, anche la controparte deve avere la sua convenienza. Che, nel progetto dell'esecutivo, consiste in una riduzione delle sanzioni penali e amministrative.

Non è un meccanismo inedito, quello che l'esecutivo sta valutando. L'adempimento collaborativo esiste già, ma solo per le grandi società. Soprattutto è poco utilizzato. Non a caso, nella riforma fiscale approvata il 16 marzo dal Consiglio dei ministri, è stata prevista un'accelerazione per «una progressiva riduzione» della soglia di accesso. Con un ampliamento del trattamento di favore, cioè un'ulteriore riduzione delle sanzioni.

Ora il perimetro dei beneficiari potrebbe essere ampliato, includendo i super ricchi, attraverso una misura che dovrebbe finire all'interno della delega o in uno dei decreti legislativi che si agganceranno alla cornice della riforma del fisco. Anche per i super ricchi, quindi, potrebbero scattare sanzioni ridotte. E, come la delega prevede già per le società di grandi dimensioni, anche per quelle legate alla dichiarazione infedele. In pratica, l'adesione all'adempimento collaborativo potrebbe rendere meno probabile l'accertamento, nel caso in cui il contribuente dovesse incappare in una dichiarazione che non corrisponde al vero.

C'è una ragione che spinge il governo verso l'estensione dell'adempimento collaborativo: il confine tra la narrazione del Fisco amico e il gran favore agli evasori è labile. Così come è debole, se relegata alle intenzioni, la necessità, ribadita con insistenza, di ribaltare la direzione dell'accertamento in capo all'Agenzia delle entrate. Insomma, per sostenere che l'evasione si combatte in altro modo, con un tavolo preventivo tra il Fisco e il contribuente, bisogna passare dalle parole ai fatti. Allargando, allo stesso tempo, le maglie sui regimi di favore. Come si vuole fare con l'evasione di necessità, ridimensionando le sanzioni penali per chi non ha pagato le tasse per «fatti non imputabili» al contribuente. Ancora, attraverso il concordato preventivo biennale, per le imprese di piccole dimensioni e le partite Iva: l'intesa con il Fisco bloccherà la base imponibile per due anni. Una misura controversa, che per il viceministro dell'Economia Maurizio Leo, estensore della riforma, è un impegno necessario, ma che per i critici è un vero e proprio condono. Una questione destinata a surriscaldare la discussione in commissione Finanze, a Palazzo Madama, dove l'esame si concentrerà sulla revisione dell'accertamento e della riscossione, oltre che sulle sanzioni. Intanto il governo pensa a una modifica, per l'adesione al meccanismo: il «graduato superamento» degli Isa (indicatori sintetici di affidabilità) potrebbe essere sostituito con una modifica dell'assetto delle stesse pagelle fiscali. Facendo scattare un accesso automatico solo per i contribuenti affidabili, con un punteggio pari o superiore a otto, in una scala da 1 a 10. La partita sulle tasse non finisce qui. Matteo Salvini punta a una nuova pace fiscale, in autunno, con la manovra. Ma servono risorse. La stessa esigenza che ha la riforma del fisco, per ridurre le aliquote dell'Irpef e per dare sostanza alle tante promesse della destra.

©RIPRODUZIONERISERVATA

Al voto il concordato preventivo biennale per le piccole imprese: ci si mette d'accordo su quanto pagare

Domande&Risposte

Tante promesse e pochi risultati e la flat tax per tutti resta un sogno

In campagna elettorale il governo ha disegnato una vera e propria rivoluzione delle imposte ma il traguardo è ancora lontano

1 Sul l'obiettivo di legislatura, ribadito più volte dalla destra, è arrivare a un'aliquota unica. A che punto siamo? Il viceministro dell'Economia Maurizio Leo ha indicato il riordino delle aliquote Irpef, che passeranno da 4 a 3, come uno dei primi provvedimenti che il governo adotterà dopo il via libera del Parlamento al disegno di legge delega.

Quando?

Il decreto legislativo per avviare la revisione delle aliquote non arriverà prima del 2024. Il governo è a caccia delle risorse per finanziare la misura, che potrebbe costare tra i 6 e i 10 miliardi

2 Quali erano le promesse elettorali della maggioranza in materia di cuneo fiscale? Aveva parlato di un taglio di almeno 5 punti per i redditi fino a 35 mila euro annui lordi.

Di quanto lo ha tagliato il governo Meloni?

La legge di bilancio ha previsto una riduzione del cuneo fiscale del 3% per i redditi fino a 25 mila euro e del 2% fino a 35 mila euro. Con il decreto Lavoro si è arrivati rispettivamente al 7% e al 6%.

Promessa mantenuta?

In parte. I quattro punti, aggiunti dal Dl Lavoro, sono temporanei. In generale, serviranno 11 miliardi per rendere strutturale il taglio del cuneo

3 Tra gli obiettivi del governo, l'estensione della flat tax ai lavoratori dipendenti. L'obiettivo è stato raggiunto?

No. Al momento, la tassa piatta al 15% è stata estesa solamente per i lavoratori autonomi e le partite Iva con ricavi fino a 85 mila euro.

Perché è saltata?

Durante la conversione in Parlamento del disegno di legge delega, il governo ha deciso di sostituire la cosiddetta flat tax incrementale per i dipendenti con una detassazione di straordinari, tredicesime e premi di produttività

4 Taglio dell'Iva e stop al Superbollo, tra gli impegni di Fratelli d'Italia, Lega e Forza Italia. Promesse mantenute?

Nell'ultima manovra, il governo ha inserito la riduzione dell'Iva al 5% sui prodotti per l'infanzia e per l'igiene intima femminile.

Non è passato, invece, l'intervento sui prodotti alimentari di prima necessità, come pane, pasta e latte. Il Superbollo, il balzello sulle auto di grossa cilindrata, per ora sopravvive.

Passi in avanti con la delega?

Sì. La delega prevede una razionalizzazione del numero delle aliquote Iva. L'obiettivo, con il relativo decreto delegato, è accorpare beni e servizi simili con la stessa aliquota

Parata di governo al taglio del nastro mailRoma-Pompei si ferma subito

Meloni e Sangiuliano (senza Santanchè) sul primo treno diretto. Fa una sola corsa al mese: "Lo implementeremo" Scoppia la polemica

dal nostro inviato

Dario Del Porto

POMPEI — Da Roma a Pompei in 107 minuti, ma solo una volta al mese. Nonostante la parata istituzionale per il primo viaggio, con la premier Giorgia Meloni accompagnata dalla sorella Arianna e il ministro della Cultura Gennaro Sangiuliano (non la ministra Daniela Santanchè) blindati in una delle carrozze, il nuovo collegamento in Frecciarossa 1000 rimane, per il momento, poco più di uno spot.

Il servizio schiude prospettive di grande rilievo per il turismo, perché consente ai viaggiatori che vogliono visitare il Parco Archeologico di salire sul treno a Termini e di scendere, dopo una sosta a Napoli Centrale, direttamente nella città vesuviana, per poi raggiungere gli Scavi con una navetta. La tratta però sarà in funzione solo ogni terza domenica del mese. «Sembra una barzelletta: quando c'era lei i treni arrivavano... una volta al mese», ironizza il segretario di Più Europa Riccardo Magi. E aggiunge: «La Roma-Pompei che Meloni e Sangiuliano hanno inaugurato tra gaffe e disorganizzazione fantozziana, già domani non sarà più attiva. In pratica, visto che siamo a luglio, il prossimo viaggio del "Meloni express" partirà a fine agosto, a stagione estiva conclusa. Che dire? un altro grande primato del made in Italy del nostro governo di patrioti della domenica. anzi, patrioti di ogni terza domenica del mese». Per Raffaella Paita, di Italia viva, si tratta di una «iniziativa lodevole, ma davvero pensiamo che con un servizio al mese si risolvano i problemi?», si chiede. E Nicola Fratoianni parlamentare dell'Alleanza Verdi Sinistra, accusa: «Una presidente del consiglio, un ministro della cultura, i vertici di Trenitalia: ma per l'inaugurazione di un Frecciarossa che farà la tratta Roma-Pompei una sola volta al mese non avranno un poco esagerato? Vabbè che questo è il governo della propaganda, ma evidentemente come diceva Flaiano hanno pure spostato la soglia del ridicolo » .

La partenza da Termini è alle 8.53, il treno ferma a Napoli Centrale alle 10.03 e arriva a Pompei alle 10.40, poi viene messo a disposizione il trasferimento agli Scavi con il bus navetta "Pompei link". I visitatori potranno tornare a Roma con lo stesso treno in giornata, ma il viaggio sarà più lungo: due ore e un quarto, rispetto a un'ora e 47 minuti dell'andata: partenza da Pompei alle 18.40, fermata a Napoli alle 19.23, arrivo a Termini alle 20.55. Una sola opzione all'andata e una al ritorno. Il collegamento si aggiunge alle 50 corse giornaliere che prevedono, per i viaggiatori diretti a Pompei, l'arrivo a Napoli in Alta Velocità e la prosecuzione verso la città degli Scavi con i treni regionali di Trenitalia che impiegano circa un'ora. Dal capoluogo campano, Pompei si può raggiungere anche con la ferrovia Circumvesuviana, con i suoi molti disagi. «Il nostro obiettivo è quello di implementare il servizio. Ci saranno altre iniziative che vedranno il coinvolgimento di Frecciarossa: collegheremo grandi città con siti di pregio. Ci aspettiamo una buona risposta su Pompei e contiamo di implementare le offerte», sottolinea Luigi Ferraris, amministratore delegato del Gruppo Ferrovie dello Stato. Tra le opere ipotizzate dal Grande Progetto Pompei c'è anche la realizzazione di un hub alta velocità, una stazione di interscambio delle linee di Ferrovie dello Stato e Circumvesuviana al servizio degli Scavi che favorirebbe lo sviluppo turistico di tutto il territorio.

Il tema però non ha trovato spazio nelle dichiarazioni trionfalistiche di ieri. La premier e il ministro Sangiuliano assicurano che si cercherà di aumentare l'offerta. «Speriamo che questa iniziativa abbia un successo tale da essere implementata - ha detto Meloni - Pompei è uno dei siti più ambiti al mondo, cerchiamo di facilitare la possibilità di raggiungerlo più velocemente. Magari si potrà replicare questo esempio in molte altre parti del territorio». Se possibile, più di una volta al mese.

©RIPRODUZIONERISERVATA

Frecciarossa a Pompei Il treno Frecciarossa 1000 arrivato ieri a Pompei direttamente da Napoli con a bordo la premier Meloni

Sul diretto Roma-Pompei L'ad di Ferrovie Luigi Ferraris, la premier Giorgia Meloni e il ministro Gennaro Sangiuliano davanti al Frecciarossa che una volta al mese collegherà Roma alla città degli scavi

Giornalisti in “ostaggio”

A sinistra Meloni con la delegazione del governo in visita agli Scavi di Pompei. Al centro i cronisti blindati in un vagone e a destra sotto il sole in attesa della premier