



Rassegna Stampa 24 luglio 2023

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

Eurobarometro: per la maggioranza degli europei la transizione verde andrebbe accelerata

PS panoramasanita.it/2023/07/24/eurobarometro-per-la-maggioranza-degli-europei-la-transizione-verde-andrebbe-accelerata/



L'84% degli europei concorda sul fatto che gli interventi per combattere i cambiamenti climatici e risolvere le questioni ambientali dovrebbero essere una priorità anche per migliorare la salute pubblica

Secondo una nuova indagine Eurobarometro pubblicata dalla Commissione europea, la grande maggioranza degli europei (93%) ritiene che i cambiamenti climatici rappresentino un grave problema su scala mondiale. Più della metà (58%) crede che la transizione verso un'economia verde andrebbe accelerata, soprattutto alla luce delle impennate dei prezzi dell'energia e delle preoccupazioni per gli approvvigionamenti del gas originati dall'invasione dell'Ucraina da parte della Russia. Dal punto di vista economico, il 73% degli europei concorda sul fatto che i costi dei danni causati dai cambiamenti climatici siano molto superiori agli investimenti necessari per la transizione verde. Tre quarti degli intervistati (75%) pensa che la lotta ai cambiamenti climatici favorirà l'innovazione.

Sostegno alla riduzione delle emissioni, alle energie rinnovabili e all'efficienza energetica

Quasi nove europei su dieci (88%) concordano sulla necessità di ridurre al minimo le emissioni di gas a effetto serra e di compensare allo stesso tempo le emissioni residue per far sì che l'UE raggiunga la neutralità climatica entro il 2050. Le abitazioni, installare pannelli solari o acquistare automobili elettriche. Sette intervistati su dieci (70%) credono che ridurre le dimensioni di combustibili fossili possa aumentare la sicurezza energetica e avvantaggiare economicamente l'UE.

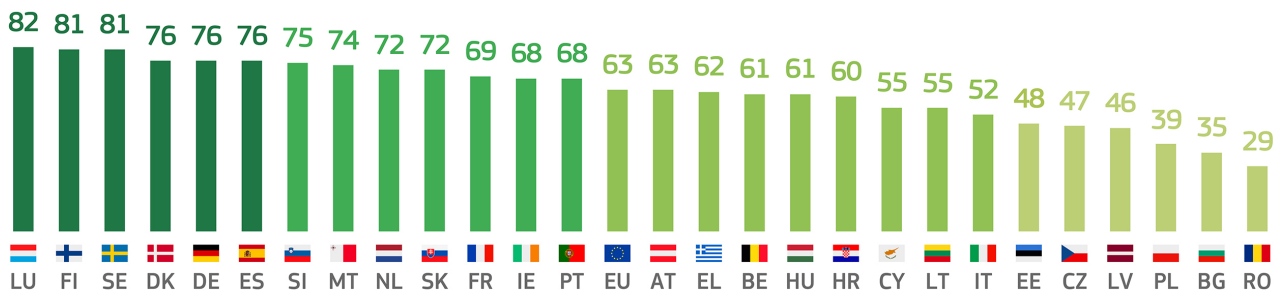
I cittadini si impegnano individualmente e chiedono riforme strutturali

La grande maggioranza dei cittadini dell'UE (93%) s'impegna già individualmente a favore del clima e opta per scelte sostenibili nella vita di tutti i giorni. Tuttavia, quando è stato chiesto loro chi si fa carico della lotta ai cambiamenti climatici, i cittadini hanno

evidenziato la necessità di altre riforme che devono accompagnare l'azione individuale , segnalando anche la responsabilità dei governi nazionali (56%), dell'UE (56%), delle imprese e dell'industria (53%).

I cittadini europei percepiscono inoltre i cambiamenti climatici come una minaccia anche nella vita quotidiana. In media, oltre un terzo degli europei si sente personalmente esposto ai rischi e alle minacce ambientali , una preoccupazione che in 7 Stati membri è condivisa da più della metà dei cittadini, soprattutto nei paesi dell'Europa meridionale, ma anche in Polonia e Ungheria. L'84% degli europei concorda sul fatto che gli interventi per combattere i cambiamenti climatici e risolvere le questioni ambientali dovrebbero essere una priorità anche per migliorare la salute pubblica , mentre il 63% degli intervistati ritiene che prepararsi agli effetti dei cambiamenti climatici possa avere conseguenze positive per i cittadini dell'UE.

More than 6 in 10 EU citizens say they have taken action to fight climate change over the past six months

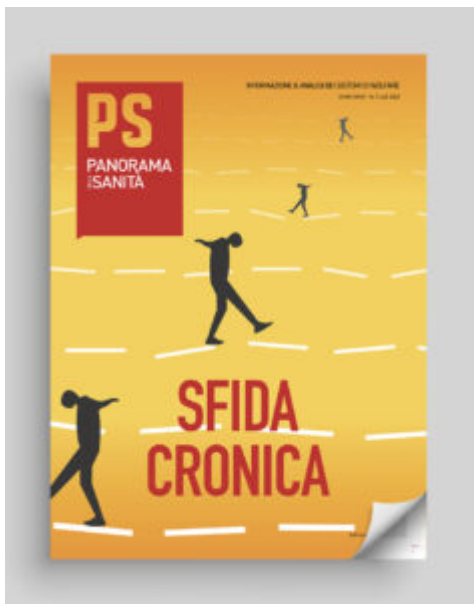


PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Ospedali in estate: con un terzo degli organici in ferie cala del 52,7% l'attività degli ambulatori, chiusi nel 15% dei casi

PS panoramasanita.it/2023/07/24/ospedali-in-estate-con-un-terzo-degli-organici-in-ferie-cala-del-52-7-lattivita-degli-ambulatori-chiusi-nel-15-dei-casi/



Compromessa qualità dell'assistenza nel 56% dei reparti. Ma per non portare al collasso i nostri nosocomi quasi la metà dei medici aumenta i carichi di lavoro e la metà salta i turni di riposo settimanali. La Survey della Fadoi, Federazione

medici internisti ospedalieri

È tempo di vacanze anche per i medici, che negli ospedali d'Italia d'estate si rimboccano le maniche per non lasciare senza assistenza i pazienti, aumentando il volume di lavoro in quasi la metà dei casi per sopperire a carenze di organico che tra giugno e settembre diventano insostenibili, visto che circa un terzo di loro va in ferie. Così molti fanno gli extra per coprire i turni di notte e il 56,8% salta i riposi settimanali. Nonostante l'impegno però le attività ambulatoriali diminuiscono nel 52,7% dei casi e chiudono del tutto nel 15,1% degli ospedali, mentre complessivamente la qualità dell'assistenza sanitaria, richiesta anche d'estate, è compromessa nel 56% dei casi in modo sensibile. A fornire il quadro degli ospedali italiani nel periodo estivo, quando le ferie rendono insostenibili i vuoti in pianta organica, è la survey condotta dalla Federazione dei medici internisti ospedalieri (Fadoi) in ben 206 Unità operative ospedaliere di medicina interna sparse in tutte le regioni italiane. Una situazione che rispecchia quello che avviene anche in larga parte dei dipartimenti di altre specialità mediche. Anche se, come specifica **il Presidente Fadoi, Francesco Dentali**, *"nelle medicine interne le carenze di organico che vanno ad accentuarsi nel periodo di riposo estivo vanno a rendere più critico il quadro per via del fatto che i nostri reparti sono ancora erroneamente classificati come a 'bassa intensità di cura', il che non riflette in alcun modo la complessità dei pazienti anziani e con pluri-morbilità che abitualmente*

trattiamo nelle nostre Unità operative, che da sole assorbono un quinto di tutti i ricoveri ospedalieri. E questa anacronistica classificazione delle medicine interne implica già di per se una minor dotazione di tecnologie, medici e infermieri per posto letto, che diventa esplosiva nel periodo estivo, quando anche il nostro personale usufruisce del meritato riposo”.

Cosa che tra giugno e settembre, secondo l'indagine Fadoi, avviene per oltre il 91% dei medici che usufruiscono dei 15 giorni di vacanze nel periodo estivo, come garantito dal contratto nazionale di lavoro. Questo comporta una riduzione degli organici in reparto che varia tra il 21 e il 30% nel 48% dei casi, tra il 30 e il 50% nel 19,4% dei reparti, mentre la carenza è tra l'11 e il 20% in un altro 21,8% dei casi.

Per chi resta il volume di lavoro aumenta nel 42,7% dei casi e ciò incide “abbastanza” sull’assistenza offerta ai cittadini nel 51% dei nosocomi, “molto” in un altro 15,5%, “poco” nel 21,2% dei reparti, “per nulla” soltanto nel 6,3%.

A risentirne nello specifico sono poi le attività ambulatoriali, che diminuiscono nel 52,7% dei casi e chiudono del tutto in un altro 15,1% degli ospedali. Il 14,1% garantisce invece l’invarianza nel numero e nei tempi delle attività negli ambulatori, che sono rimodulate nei tempi ma invariate nel numero di prestazioni in un altro 18% di casi.

Se pur riducendo le attività d’estate gli ospedali non chiudono per ferie lo si deve ai sacrifici sostenuti dai medici per coprire la carenza di personale già di per se cronica. Ecco così che il 56,8% tra giugno e settembre vede qua e là saltare i riposi settimanali che pure dovrebbero essere sempre garantiti. Nello stesso arco temporale il 44,7% dei medici è obbligato a coprire i turni notturni con attività aggiuntive, mentre il 28% è chiamato a garantire anche i turni in pronto soccorso (il 4,4% solo nel periodo estivo), con un numero di ore compreso tra le 12 e le 60 a settimana nel 56,1% degli ospedali, mentre nel 10,5% dei casi le ore trascorse nei Ps è addirittura superiore a 90. *“E questo – denuncia a sua volta il **Presidente della Fondazione Fadoi, Dario Manfellotto** – va a tutto discapito dell’attività delle medicine interne, che già dotate di un minor numero di professionisti sanitari in rapporto alla complessità dei pazienti trattati, finiscono così per perdere ulteriori quote di personale, che anziché essere presente in reparto è dato ‘in prestito’ ai pronto soccorso”.*

Picco di casi di dengue

PS panoramasanita.it/2023/07/24/picco-di-casi-di-dengue/



Il riscaldamento globale, caratterizzato da temperature medie più elevate, precipitazioni e periodi di siccità più lunghi, potrebbe provocare un numero record di infezioni da dengue in tutto il mondo, ha avvertito l'Oms

La dengue è diffusa dalla specie di zanzara *Aedes* ed è una malattia più comune nei climi tropicali e subtropicali. La sua incidenza è cresciuta notevolmente in tutto il mondo negli ultimi decenni. “Nel 2000 abbiamo avuto circa mezzo milione di casi e oggi nel 2022 ne abbiamo registrati oltre 4,2 milioni, il che mostra davvero un aumento di otto volte”. Ha detto Raman Velayudhan, capo del programma globale dell’OMS per il controllo delle

malattie tropicali trascurate precisando che il numero potrebbe aumentare “man mano che otteniamo cifre sempre più accurate”. L’Asia rappresenta circa il 70% del carico globale di malattie e le prospettive future sono fosche, secondo l’esperto dell’OMS. In Europa, la zanzara *Aedes* è ben radicata e le infezioni da dengue e chikungunya sono segnalate da più di un decennio. “Anche i paesi europei sono in allerta perché l’Europa ha registrato una trasmissione *Aedes* di dengue o chikungunya dal 2010”, ha affermato Velayudhan. “Da allora abbiamo avuto più focolai e si stima che la zanzara sia presente in circa 22 paesi europei”. Numerosi fattori oltre al cambiamento climatico hanno guidato la diffusione della febbre dengue, come l’aumento del movimento di persone e merci, l’urbanizzazione e la pressione su acqua e servizi igienico-sanitari.

“La zanzara riesce a sopravvivere anche quando c’è scarsità d’acqua”, ha detto l’esperto dell’OMS. “Quindi, sia durante una situazione di inondazione che durante una situazione di siccità, la dengue può aumentare. Il virus e il vettore si moltiplicano più velocemente a una temperatura più elevata. Questo è un fatto noto”. La febbre dengue non ha un

trattamento specifico e non è disponibile un intervento farmacologico diretto . Di solito, la malattia viene trattata con farmaci per trattare la febbre e il dolore. Un test dengue richiede da due a tre giorni prima che sia disponibile un risultato affidabile.

quotidiano **sanità**.it

Lunedì 24 LUGLIO 2023

Contratto medici. Quici (Cimo): "Irremovibili su orario di lavoro e corretto utilizzo dei fondi"

"Ottenuto qualche risultato positivo, ma non ci sono ancora le condizioni per chiudere. Troppi i nodi da sciogliere. Attendiamo testo su parte economica e risposte su ore di lavoro regalate" ha commentato Il Presidente del sindacato alla vigilia di un nuovo incontro in Aran

"Non ci sono ancora le condizioni per chiudere il contratto dei medici".

A ribadirlo, alla vigilia di un nuovo incontro in Aran, è **Guido Quici** Presidente **Cimo**: "Occorre lavorare ancora molto per arrivare ad un accordo sul numero massimo di pronte disponibilità e di guardie notturne, che minano la qualità della vita dei professionisti, e sulla retribuzione del lavoro extra-orario. Ci sono numerosi aspetti che non sono stati affrontati, come l'intramoenia, gli specializzandi, la mobilità, l'aspettativa, il tema del patrocinio legale e il servizio fuori sede, che al momento obbligherebbe i medici a vagare tra diverse strutture ospedaliere distanti anche decine di chilometri".

"Senza aver ricevuto alcun testo – prosegue Quici –, abbiamo iniziato la discussione sulla parte economica, tuttavia al momento limitata agli incrementi contrattuali e senza conoscere la vera entità dei fondi. Non sappiamo in che modo verrà finanziata una nuova indennità che si intende istituire per i dirigenti sanitari, ovvero l'indennità di specificità sanitaria, se non grazie all'ennesimo contributo di solidarietà di medici e veterinari. Non sappiamo se la possibilità di utilizzare in modo improprio i fondi contrattuali sarà confermata o meno nel nuovo testo".

"È indubbio che, anche grazie al contributo del lavoro instancabile dei tecnici della CIMO e alla disponibilità dimostrata dall'Aran, nelle ultime settimane siano stati ottenuti alcuni risultati positivi; ma a poco serviranno se le Regioni non intendono sciogliere i veri nodi della trattativa: non abbiamo alcuna intenzione di continuare a regalare ore di lavoro né di utilizzare i nostri fondi contrattuali per finalità diverse. CIMO, su questi due punti, sarà irremovibile", conclude.

Dirigenza professionale, tecnica e amministrativa: l'Atto di indirizzo sblocca lo stallo sulla trattativa

di *Stefano Simonetti*



Mentre proseguono le trattative per il rinnovo del contratto collettivo della dirigenza sanitaria (riunioni programmate per il 25 e 26 luglio), sembra essersi sbloccata la situazione di stallo relativa all'ultima componente del personale del Ssn. Si sta parlando della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa che è inserita nel CCNL dell'Area delle Funzioni locali in una apposita sezione. Il Comitato di settore ha predisposto l'Atto di indirizzo che ha ottenuto il 17 luglio il via da parte del ministro Zangrillo. Di conseguenza le cinque sigle riconosciute maggiormente rappresentative (rispetto alle sette della precedente tornata) sono state convocate per il prossimo 31 luglio per l'apertura formale del negoziato con "appena" 19 mesi di ritardo perché il contratto che si andrà a negoziare è quello del triennio 2019-2021; dubito fortemente che la firma definitiva e l'entrata in vigore del rinnovo possano arrivare entro il 2023.

L'Atto di indirizzo per il rinnovo del contratto 2019-2021 dell'Area delle FL è datato 28 giugno 2023 e riguarda quasi 5.000 i dirigenti interessati (per la precisione al 31 dicembre 2018, da conto annuale, erano 4.913) dei profili di ingegnere, architetto, avvocato, geologo (ruolo professionale), analista e statistico (ruolo tecnico) e dirigente amministrativo (unico profilo del ruolo amministrativo). Il contratto precedente, attualmente in regime di rinnovo tacito, risale al 17 dicembre 2020. Nella elencazione, rispetto al passato, manca il dirigente sociologo e tale mancanza è una mia provocazione personale rispetto ad una questione assurda gestita maldestramente. Prima dell'apertura della trattativa si sarebbe dovuto preliminarmente

risolvere la questione dei dirigenti sociologi alla luce dell'art. 34, comma 9-ter, della legge n. 106 del luglio 2021 che ha istituito il ruolo sociosanitario all'interno del quale troviamo il Sociologo, unitamente all'Assistente sociale e all'Operatore sociosanitario. Il sociologo, non appartenendo più al ruolo tecnico, non dovrebbe essere ricompreso nella sezione dell'Area delle Funzioni locali dedicata alla dirigenza PTA ma anche in quella della dirigenza sanitaria sembra estraneo, tanto è vero che il negoziato in corso lo ignora del tutto: un bel rebus che, a parere di chi scrive, avrebbe dovuto risolvere il CCNQ del 10 agosto 2022 sulla composizione delle Aree di contrattazione laddove, invece, i commi 3 e 5 dell'art. 2 non affrontano nemmeno la questione: si fa riferimento ai “dirigenti amministrativi, tecnici e professionali delle amministrazioni del comparto Sanità”, copiando pedissequamente la dizione pregressa. Poteva pensarci l'Atto di indirizzo di pochi giorni fa ma, anche in questa sede, silenzio assoluto in relazione a questi 300 (ma ormai saranno molti di meno) dirigenti. Gli indirizzi formulati dalle Regioni sono, come sempre, un mix di prescrizioni generiche e indistinte suddivise in otto paragrafi con alcuni punti tuttavia – almeno tre – di sicuro impatto concreto per il negoziato. Vediamo in dettaglio, iniziando con la segnalazione che il quadro finanziario di riferimento (paragrafo 3) è identico a quelli del comparto e dell'Area Sanità, come si evince dalle Tabelle 1 e 2, cioè incrementi pari a circa il 4% del monte salari 2018 a fronte dell'inflazione che al momento viaggia intorno al 7%. Come risorse extracontrattuali si prevede soltanto lo 0,22% di cui al comma 604 della legge 234/2021; per la dirigenza sanitaria e PTA, ovviamente, non viene previsto lo 0,55% del monte salari che era destinato dal comma 612 alla revisione dell'ordinamento professionale, tematica relativa al solo comparto.

Vediamo la parte comune delle direttive. Il paragrafo 4 tratta delle “Relazioni sindacali” con una durezza che non si riscontra in altri ambiti; quella precisazione “in maniera inequivocabile” si riferisce evidentemente a problematiche del passato. Nel paragrafo 5, alla impalpabilità dei primi due capoversi si aggiunge un rinvio all'ARAN circa la possibilità di riordinare disposizioni contrattuali pregresse; questo adempimento si spera che venga davvero portato a termine dal CCNL perché le cose da “riordinare” sono parecchie; nel contratto del 2020 avevo a suo tempo segnalato 32 passaggi del testo che potevano essere scritti meglio, senza contare un'altra trentina di clausole mai aggiornate, alcune risalenti addirittura al 2004 o al 1996. La Formazione è toccata dal paragrafo 5 e per i dirigenti PTA la materia non può ignorare l'esistenza di un istituto come la ECM. Le due indicazioni fornite non costituiscono in alcun modo una novità. Il successivo paragrafo 7 parla di aspetti piuttosto consolidati ma il riferimento agli artt. 19 e 21 del decreto 165 non riguarda la dirigenza PTA. Cinque temi sono toccati dal paragrafo 8 concernente gli “Istituti economici”. Il primo afferma e ufficializza la precarietà degli incarichi dirigenziali e credo sarà oggetto di forti tensioni al tavolo negoziale. Il secondo costituisce un mero auspicio e la quantificazione di un aggettivo così vago come “adeguate” sarà un dei punti nodali del contratto. Il terzo sarebbe veramente innovativo se solo si avesse il coraggio di fare alcune scelte per le quali rinvio al mio articolo del 14 giugno scorso su questo sito. Secondo l'Atto di indirizzo le sostituzioni dovrebbero essere pagate solo ex post (lettera d). Veramente insipiente appare, infine, il punto e).

Passiamo, infine, alla sezione speciale dedicata alla dirigenza PTA. In disparte dalla questione del dirigente sociologo di cui si è detto, il Comitato di settore liquida in mezza paginetta le problematiche di questi dirigenti. I primi tre capoversi è come se non ci fossero mentre nel quarto si fa una ipotesi suggestiva – peraltro già contenuta nelle direttive del 2017 per tutti e tre i contratti e sostanzialmente elusa – cioè quella di pervenire ad un fondo unico come già

avviene in altri comparti; ricordo che, allo stato attuale, il comparto e la dirigenza PTA hanno due fondi mentre la dirigenza sanitaria è rimasta ancorata ai tre fondi storici. Giusto il richiamo alla spesa nell'anno di competenza ma la clausola già esiste ed è chiarissima per cui è inutile ribadirla, semmai vanno previste penalizzazioni in caso di inadempienza. Ritorna la previsione di una figura professionale con multiaccesso, tematica di interesse minimale che rispetto ai tanti problemi di questi dirigenti sembra davvero incomprensibile. Del tutto particolare è l'allineamento alla dirigenza sanitaria della clausola sul periodo di prova che nel CCNL del 2020 fu "dimenticata", generando molti problemi. Un ulteriore aspetto da sistemare – ma ignorato completamente dalle Regioni – è quello del rapporto a tempo determinato, istituito non disciplinato nell'ultimo contratto, al contrario del comparto e della dirigenza sanitaria. Il richiamo contenuto nel vigente art. 73, comma 6, all'art. 16 del CCN del 5.12.1996 è un pasticcio assoluto e ha costretto l'ARAN a fare salti mortali a livello interpretativo per salvare la clausola e renderla accettabile. Tutto qui.

Dal palazzo

L'iniziativa

Disabilità da patologie neurologiche ereditarie, screening e test genetici a Marettimo

A cura dell'equipe del Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi e Cura delle Malattie Rare Neuromuscolari.

🕒 Tempo di lettura: 3 minuti



24 Luglio 2023 - di [Caterina Ganci](#)



Dieta salutare per dimagrire

Personalizza il piano in 3 modi diversi in base alle restrizioni e preferenze alimentari.

Unimeal

[IN SANITAS](#) > Dal Palazzo

Una diagnosi precoce e una cura specifica per le **patologie neurologiche ereditarie** che causano **disabilità**. È questo uno dei nobili obiettivi che ruotano intorno alla studio prospettico monocentrico, condotto dal neurologo e ricercatore **Vincenzo Di Stefano** sulla popolazione dell'isola di **Marettimo**.

Il 21, 22 e 23 luglio l'equipe del Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi e Cura delle Malattie Rare Neuromuscolari del professore **Filippo Brighina** è stata impegnata nel progetto "Screening genetico per le malattie neuromuscolari nella popolazione dell'isola di Marettimo". Nel corso delle giornate è stato possibile effettuare counseling neurologico gratuito e **test genetici** per malattie neuromuscolari. Sono circa 40 coloro che si sono sottoposti allo screening, mentre 18 all'esame genetico.

Nell'isola, che conta 664 abitanti, sembrerebbe esserci un'elevata presenza di persone con **difficoltà deambulatorie**. La distanza con gli ospedali non aiuta la diagnosi e l'individuazione di una cura. A novembre un'altra iniziativa coinvolgerà Cammarata con un percorso sistematico per screening sull'amiloidosi ereditaria da transtiretina.

Levigare le rughe

Lifting casalingo che dovrebbe conoscere ogni donna over 35 (consiglio del chirurgo).

Golden Tree



La fase iniziale prevede la raccolta dei dati sulle persone con **severa disabilità motoria** (su sedia a rotelle), pazienti con segni e sintomi clinici di patologia neurologica non diagnosticata che può comprendere diverse diagnosi neurologiche tra **neuropatia periferica**, malattia del **motoneurone** e patologie del sistema nervoso centrale. Successivamente si procederà con l'analisi che durerà due mesi.

«Le caratteristiche geografiche dell'isola- spiega il neurologo **Vincenzo Di Stefano**- si prestano alla segregazione delle malattie rare ereditarie, in quanto lo scarso numero di abitanti e gli scarsi mezzi di comunicazione possono favorire la diffusione di malattie ereditarie a trasmissione **autosomica recessiva**. Pertanto, uno screening attivo dei pazienti con disabilità fisica ingravescente fino all'utilizzo della carrozzina potrebbe portare all'identificazione di nuove famiglie affette da patologie neuromuscolari genetiche, potenzialmente trattabili».



«Nell'ambito neurologico- prosegue Di Stefano- sono diverse le patologie neuromuscolari genetiche che causano disabilità fisica. Tra queste si devono menzionare le neuropatie su base genetica, tra cui **l'amiloidosi ereditaria da transtiretina**, le **leucodistrofie**, le **paraparesi spastiche**, la malattia del **motoneurone**. L'obiettivo principale dello studio è individuare i portatori affetti da disabilità motoria in

MENU

Cerca...

tra quelle menzionate per farle riconoscere in tempo e cambiare il decorso della patologia, modificando la progressione, la sopravvivenza e la disabilità ad essa conseguenti. Pertanto, risulta ragionevole pensare che questa percentuale di pazienti inizialmente non diagnosticati, potranno beneficiare di una **corretta diagnosi e terapia**. Ci aspettiamo che, attraverso uno screening attivo per la patologia, sia possibile individuare un numero rilevante di famiglie, all'interno delle quali, i pazienti affetti da queste patologie neurologiche ereditarie potranno accedere a delle cure specifiche, mentre i **portatori asintomatici** saranno sottoposti a follow-up clinico neurologico».

DSA: niente strumenti compensativi agli esami di maturità, la denuncia di studenti e genitori

Un sondaggio su 10 mila tra studenti, genitori e docenti rivela criticità nell'applicazione del PDP. AID: «Necessario un osservatorio nazionale per rivedere la legge 170/2010»

di Federica Bosco



Il **5%** degli studenti della scuola primaria e secondaria ha **disturbi specifici dell'apprendimento**, eppure sembra che quello che la legge riconosce come una neuro diversità per molti sia solo un capriccio o peggio ancora un escamotage per studiare meno o per avere delle agevolazioni nel percorso scolastico. È solo di qualche settimana fa la polemica scatenata dalle parole di un dirigente scolastico di un liceo dell'hinterland milanese sull'incremento di certificazioni DSA ad aprile e maggio come mezzo per dribblare verifiche e interrogazioni finali ed avere delle facilitazioni. Parole che hanno ferito gli studenti ed indignato chi da anni fa una vera e propria battaglia per tutelare i diritti degli oltre **350 mila studenti** con difficoltà di apprendimento. La situazione non è migliorata durante gli esami di maturità quando, a molti studenti, è stato negato l'utilizzo degli strumenti compensativi.

La legge c'è ma ancora troppi la ignorano, perché?

La legge c'è (**170/2010**), così come le linee guida del Miur, ma qualcosa sembra non essere recepito nel modo giusto se, con grande disappunto, gli studenti sono costretti a misurarsi in una delle prove più importanti della loro carriera scolastica senza le **mappe concettuali** che nei cinque anni di liceo li ha accompagnati. «Mia figlia non ha potuto

usufruirne nonostante fossero state approvate e consegnate nei termini stabiliti per legge», dice arrabbiata Francesca, madre di Filippo (nome di fantasia) che quest'anno ha sostenuto l'esame di maturità scientifica -.

«La giustificazione della commissione esterna? La prova orale non è un'interrogazione, ma un **colloquio** – aggiunge la mamma di Filippo -. Nulla di più lontano dalla realtà, tanto che di domande Presidente esterno e commissione ne hanno fatte a ripetizione mettendo in difficoltà mio figlio in tutti i modi». Come Francesca, anche Daniela ha visto piangere la figlia per non essere riuscita a dare il meglio di sé all'esame di maturità. E come loro tanti altri episodi si sono verificati in molti licei e istituti tecnici italiani.

La posizione dell'Associazione AID

Molti genitori si sono rivolti all'associazione Italiana Dislessia per sollevare il problema e capire le ragioni di un rifiuto senza appello. «La scuola deve tutelare i propri studenti – scrive Elena Beltramme del coordinamento **AID** Lombardia in risposta ad un genitore -. E per farlo quando accadono episodi come questi devono chiedere la verbalizzazione immediata della decisione della Presidente di non far utilizzare gli strumenti compensativi agli studenti certificati DSA, indicando la loro ferma opposizione. Questo è fondamentale». Molto, dunque, dipende dalla scuola chiamata a tutelare gli alunni con DSA anche con una segnalazione dell'accaduto all'ufficio scolastico. «Sono gli atti che parlano – riprende Beltramme dell'AID lombarda – In passato ci sono stati docenti di diverse scuole che, grazie alla ferma posizione sostenuta a verbale hanno ottenuto per i loro ragazzi le mappe e un orale equo».

La scuola può tutelare i propri studenti DSA

Se far redigere un verbale è il punto di svolta grazie al quale il Presidente della commissione d'esame rivede la sua posizione di chiusura nei confronti degli strumenti compensativi per i DSA, è altrettanto vero che la scuola non sempre è disposta a fare opposizione alla commissione esterna. «Di solito cerchiamo di arrivare ad un compromesso per non creare attrito con i docenti esterni e mettere a rischio l'esame di tutti – dicono alcuni professori interpellati sul tema -. L'obiettivo è arrivare ad un esito positivo della prova». Una scelta discutibile soprattutto perché questo implica un mancato rispetto del **PDP** (piano didattico personalizzato) degli alunni con DSA.

Gli studenti possono ricorrere al Tar

«Se la verbalizzazione non è stata fatta al momento della decisione – prosegue la coordinatrice lombarda AID – è possibile aggiungere una postilla nel **verbale** di correzione degli scritti che deve contenere anche la segnalazione della mancata concessione delle mappe per la seconda prova, se anche questo non è stato fatto lo

studente può fare una richiesta urgente al **TAR** per sospensiva della decisione assunta dal Presidente con la richiesta esplicita di utilizzo delle mappe usate durante l'anno scolastico e segnalare l'accaduto all'ufficio scolastico».

Quanti applicano la legge? Il sondaggio di AID

La legge 170 del 2010 riconosce la neuro diversità dei ragazzi con disturbi specifici dell'apprendimento. Piccole anomalie che determinano le difficoltà a stabilire connessioni tra suoni e segni, per questo hanno diritto di utilizzare **strumenti informatici** che li agevolino, **mappe concettuali** e più tempo nella elaborazione di compiti e verifiche. La legge tutela quattro tipi di disturbi specifici dell'apprendimento: **dislessia** interessa la lettura, **disgrafia** la scrittura, **discalculia** il calcolo matematico e **disortografia** l'ortografia, ma in realtà non tutti i docenti sono preparati sull'argomento. La conferma arriva dall'Associazione Italiana Dislessia attraverso un'indagine condotta tramite un **questionario** rivolto a studenti, genitori e docenti. Oltre **10 mila risposte (802 studenti, 2375 genitori e 6630 docenti)** hanno fatto emergere una criticità nel rispetto della normativa introdotta in Italia dodici anni fa per riconoscere i diritti fondamentali dei ragazzi DSA.

Docenti poco preparati ad accogliere studenti DSA

Oltre un **terzo dei genitori e degli studenti** ritiene che i docenti non abbiano una adeguata conoscenza dei disturbi specifici dell'apprendimento. Le famiglie confermano la presenza di un PDP (97% dei casi) ma di non essere sufficientemente coinvolti nella stesura. Il 50% degli alunni dichiara di aver avuto durante l'anno accesso agli strumenti compensativi, il 37% ogni tanto. Per contro l'82% dei docenti dichiara di far utilizzare gli strumenti compensativi agli studenti, ma solo il 28% dice di trovare nelle **certificazioni** cliniche le indicazioni necessarie per la stesura del PDP.

AID: «Necessario costruire un Osservatorio nazionale per garantire maggiore certezza di diritto agli studenti DSA»

I risultati del questionario confermano che esiste poca preparazione sui disturbi specifici dell'apprendimento. «L'impressione *dell'Associazione* – dice la **Vicepresidente AID, Antonella Trentin** – è che negli ultimi anni sia stato fatto un passo indietro nell'applicazione della legge, forse a causa degli effetti della pandemia come confermano le molte telefonate di genitori in grave difficoltà per il mancato rispetto del PDP dei propri figli che riceviamo ogni giorno all'Help line nazionale e delle sezioni provinciali». «Per superare le criticità è necessario un dialogo con le istituzioni e un tavolo dove mettere a confronto i diversi attori in gioco – aggiunge **Andrea Novelli, Presidente AID** -. Per questo siamo convinti sia necessario costituire al più presto un **Osservatorio nazionale**

sull'applicazione della legge 170/2010 allo scopo di fornire al Ministero dell'Istruzione dati certi per apportare eventuali correttivi e dare maggiore certezza di diritto agli studenti DSA».

Lunedì 24 LUGLIO 2023

Agosto “di magra” per i pensionati Enpam: assegno più basso, ma è colpa dei conguagli

Non si tratta di una diminuzione della pensione, ma di una maggiore trattenuta fiscale, spiega l'Ente. Il ricalcolo estivo riguarda i titolari di più pensioni (ad esempio: una pensione Enpam e una Inps). Per loro la legge impone che le imposte siano calcolate dal Casellario centrale gestito da Inps. In due casi su tre si tratta di un maggior prelievo contenuto entro i 100 euro.

Ad agosto l'assegno pensionistico, per i pensionati Enpam titolari di più pensioni (ad esempio Enpam e Inps), sarà più basso di quello di luglio, a causa dei conguagli fiscali. Lo comunica l'Enpam in una nota. “Per legge infatti – spiega la nota - le imposte relative a questa categoria sono calcolate dal Casellario centrale gestito dall'Inps. Tecnicamente quindi, come specificato sul sito dell'Enpam, non si tratta di una diminuzione della pensione, ma di una maggiore trattenuta fiscale che Enpam riverserà allo Stato per conto dei singoli pensionati”.

L'ammontare delle trattenute

Nell'85% dei casi il conguaglio riguarderà solo il mese di agosto e in due casi su tre si tratterà di un maggior prelievo contenuto entro i 100 euro. Per altri invece il conguaglio di agosto sarà di un importo più alto ma solo se la cifra non è superiore al 40% dell'ultimo bonifico ricevuto. Nel 13% dei casi, in cui il conguaglio avrebbe comportato un esborso più oneroso, le trattenute sono state rateizzate, e gli interessati hanno ricevuto o riceveranno un'email di avviso per poter consultare il dettaglio del rateizzo nella propria area riservata. Per pochi fortunati, invece, il conguaglio è stato pari a zero o addirittura c'è stata una restituzione di tasse da parte dello Stato.

L'aumento della tassazione: perché?

Come spiegato sul sito dell'Enpam, il conguaglio fiscale a rate riguarda soprattutto chi ha ricevuto una nuova pensione Enpam per la prima volta nel 2022, perché l'ente ha iniziato a pagarla come se quello fosse l'unico reddito del pensionato, applicando quindi trattenute fiscali basse o nulle. Dal momento in cui il Casellario centrale dei pensionati comunica l'esistenza di altri redditi, l'Enpam è obbligata ad adeguare la tassazione e recuperare quella precedentemente dovuta. “Negli altri casi invece – come si legge sempre sulla pagina Enpam - la maggiorazione è dovuta al fatto che l'inflazione ha fatto aumentare le pensioni, ma poiché gli scaglioni Irpef sono rimasti gli stessi, le imposte sono aumentate. Questo significa che gli enti di previdenza stanno spendendo di più per pagare pensioni più alte, ma lo Stato incassa più tasse”.

Chiara Stella Scarano

Lunedì 24 LUGLIO 2023

Il caso Purgatori: i medici e il diritto di cronaca

Gentile Direttore,

per chi riveste un ruolo che non è di rappresentanza politica ma di fiducia ricevuta da una comunità scientifica a salvaguardia dell'etica della professione e del corretto rapporto con gli aspetti giudiziari della attività quotidiana, corre l'obbligo, in certe temperie che investono, come una sineddoche, una intera categoria dentro a un singolo episodio, di intervenire a evidenziare storture e anomalie. Non certo a scudo corporativo, o sul legittimo piano sindacale, ma solo a tutela di quanto di prezioso è offerto alla comunità sociale dalla specialità che esercitiamo.

A causa della meritata popolarità di un giornalista rimasto vittima di una grave malattia, si è scatenata sulla stampa e sui mezzi di informazione una ridda di ipotesi, di "diagnosi", di accuse, di autodafé precoci, quando a mala pena era stata iniziata una attività inquirente, che sarebbe l'unica titolata a prendere decisioni dopo aver analizzato i fatti con l'aiuto di competenti.

Coerentemente con questa premessa, non intendo in nessun modo entrare nel tema tecnico in corso di accertamento, che peraltro coinvolge stimatissimi colleghi di chiara fama e consolidata cultura e perizia, che io non sono nemmeno titolato a valutare.

Non vorrei però ripetere la stanca litania "l'altro ieri tutti virologi, ieri tutti climatologi, oggi tutti radiologi e oncologi", ma la tentazione è forte. Infarciti di intollerabili errori tecnici molti articoli scritti dai tuoi colleghi si sono sguaiatamente dedicati a alla demolizione della reputazione di professionisti stimati, sulla base del nulla assoluto, dietro al sacrosanto desiderio di una famiglia distrutta dal dolore di conoscere la verità sulla scomparsa del loro congiunto.

Come, ahimè, capita anche in altri campi, un fatto intimo e personale è diventato argomento di gossip, per quanto tragico, con conseguenze però stavolta non solo sui colleghi coinvolti, ma sull'intera assistenza, instillando nella opinione pubblica, senza che ne fosse ancora provata la minima evidenza nei fatti, il dubbio che siano state somministrate terapie invasive impropriamente.

Io sono un pubblico servitore, ma mi interessa molto poco il fatto che il tutto si sia svolto nell'ambito del mercato sanitario privato, o, meglio, mi interessa moltissimo per altre fondamentali osservazioni che non rientrano negli scopi di questo intervento, e che mi riservo, se la cosa dovesse risultare interessante, di fare in tutt'altro contesto. Ma, da frequentatore delle reti sociali, sono a testimoniarti una ondata di odio generato da questa sguaiatezza francamente evitabile con maggiore sobrietà.

Il clima, per chi lavora nella Sanità, e anche per noi radiologi, spesso esposti ad una pretesa di oggettività impossibile anche dai nostri colleghi, è diventato ormai irrespirabile e la morte si è trasformata in un evento pubblicamente considerato impossibile.

Nonostante la comprensibile volontà di chiarezza dei parenti, che hanno avuto una percezione che qualcosa fosse andato storto, ed è esperienza comune che talvolta questo non corrisponda al vero, e anche che altre volte naturalmente sia possibile, come sempre nelle attività umane, forse ai cronisti sarebbe spettata una maggiore prudenza nell'entrare come il proverbiale elefante nella cristalleria.

Addirittura, uno di essi, si diceva legittimato dal rigore verso la verità del collega scomparso, che immagino invece avrebbe atteso di avere elementi più solidi prima di portare in piazza dei professionisti per un pubblico sacrificio. Questo, diciamo anche questo, non potrà che aumentare la paura e la diffidenza dei professionisti nel dover prendere decisioni, quasi mai univoche o definitive, nella preoccupazione di essere successivamente infamato a prescindere, ben prima che i fatti vengano accertati.

Io, che ho organizzato in altri tempi un corso per medici e giornalisti insieme sulla comunicazione sanitaria presso l'Ordine dei Medici di Roma, con un certo successo, non mi sogno nemmeno di insegnare ad altri il loro mestiere.

Tuttavia credo che, senza ledere in alcun modo il diritto di cronaca, sia da preservare uno stile professionale che rispetti sobrietà e soprattutto che non corra su dati incerti e confusi, come confermato dalle grossolane inesattezze rilevabili negli articoli, a conclusioni affrettate non supportate da dati reali, in danno alle persone, professionisti e pazienti.

Stefano Canitano

Presidente della sezione di studio Etica e Radiologia Forense della Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica

Lunedì 24 LUGLIO 2023

La carenza medica e la burocrazia contrattuale

Gentile Direttore,

ho l'onore e l'onere di essere Direttore di una Struttura Complessa di Chirurgia Generale di un presidio ospedaliero pubblico da poco più di 9 mesi. Chi mi porge domande su come stia procedendo il mio nuovo incarico spesso si sorprende che la mia risposta sia positiva in riferimento non tanto (e non solo) all'andamento clinico dei pazienti, quanto più che altro al fatto che finora nessuno dei miei collaboratori mi abbia manifestato l'intenzione di andar via.

Ben felice di questo, ho tuttavia la certezza che, se non si provvederà a porre rimedio in fretta alla situazione in cui versa il nostro SSN, la mia soddisfazione rimarrà fugace.

Il percorso compiuto e le prospettive son più che chiari a tanti ormai, tuttavia magari qualcuno necessita di rinfrescare la memoria. Non la tedio ancora una volta con tutte le motivazioni alla base della crisi numerica del personale sanitario che conoscerà più che bene. Parto considerandola il preambolo della narrazione.

Fase 1. Nel recente passato le prime carenze di personale medico hanno costretto le Aziende Sanitarie (declinate diversamente da regione a regione) ad arrangiarsi, coinvolgendo operatori privati (cooperative) al fine di colmare i "buchi" quantomeno per i servizi di urgenza (Pronto Soccorso). Per farlo in fretta (prima ancora che bene) hanno dovuto rendere appetibile il lavoro: così, come in un qualunque libero mercato, si son trovate obbligate ad incrementare la retribuzione garantita ai professionisti delle cooperative, altrimenti nessuno di loro avrebbe manifestato interesse. Negli ospedali d'Italia si vivacchia così da un po': le cooperative mischiano i propri "mercenari" (lo dico senza alcuna accezione negativa) ai soldati dell'esercito regolare nell'ordinaria turnistica di Pronto Soccorso.

Fase 2. Come ampiamente previsto, ad un certo punto, anche altre professionalità mediche hanno iniziato a far percepire la loro carenza. Leggasi anestesisti. E vivacchiare per vivacchiare, visto che il sistema cooperative alla fine aveva garantito una soluzione (di quelle ad interim, di traghettamento per intenderci), ecco il ricorso alle cooperative di anestesisti. Anestesisti per mandare avanti le rianimazioni, anestesisti per mandare avanti le sedute operatorie.

Fase 3. Questo proliferare di professionisti a cottimo (e che cottimo!) ha ulteriormente acuito la crisi, poiché alla cattiva programmazione sul numero di laureati in medicina, alla crisi vocazionale, alle politiche di pensionamento, si aggiungeva la "great resignation", le dimissioni di massa, motivate anche dalla corsa all'oro delle cooperative da parte di ciascun medico SSN.

Fase 4. Ora le discipline specialistiche in difficoltà sono divenute numerose, molte anche di area chirurgica. Al punto che le Aziende sono arrivate a trovarsi costrette a offrire a terzi i propri spazi operatori al fine di smaltire le liste di attesa. Ovviamente, le cooperative son già sul pezzo.

Fase 5. A voi proseguire la storia.

In ogni modo, a legger bene, tutte le fasi descritte sono coerenti nell'ottica di un progetto di nessuna prospettiva o con prospettiva di brevissima portata per il nostro SSN. E a leggere bene anche le cifre dei vari bandi di gara aggiudicati o in fase di aggiudicazione da parte delle cooperative, non sembra un

problema economico. Infatti, qualche politico accorto, ha pensato che, per provare a rimpolpare l'esercito regolare, si potesse retribuire gli stessi dipendenti delle Aziende alle medesime cifre offerte alle cooperative. La messa in pratica dell'idea tuttavia cozzava con i lacci e laccioli del CCNL della Dirigenza Medica. Di qui la necessità di proporre ai medici del SSN cifre simili, ma solo se per prestazioni in extraorario.

A questo punto però vien da suggerire una soluzione molto più facile di quanto si pensi. Recentemente l'emergenza pandemica ha indotto a misure di emergenza che, sulla scia del Decreto Calabria (35 del 30.04.2019), hanno messo in deroga tanti cavilli burocratici che le avrebbero rese inapplicabili. Alla stessa maniera la carenza del personale sanitario sta per raggiungere una condizione emergenziale. Ritengo pertanto necessario che, al fine di valorizzare il personale sanitario del proprio SSN, il governo centrale, per mezzo dell'Aran, in questa fase di contrattazione per il "nuovo" CCNL, debba derogare su qualunque ostacolo ne impedisca il riconoscimento del valore della propria ora lavorativa svolta "in servizio" alla stregua dell'ora retribuita ai membri delle cooperative.

Questa proposta di certo non è la panacea di tutti i guai per il nostro malaticcio Sistema Sanitario, ma credo che, se venisse assecondata, per almeno altri 9 mesi potrò contare ancora sui collaboratori che l'Azienda ha messo al mio fianco. Tutti fieramente dipendenti del SSN.

Stefano Rausei

Head of General Surgery Unit
Cittiglio-Angera Hospital
ASST Settelaghi
Varese

quotidianosanità.it

Lunedì 24 LUGLIO 2023

Lo "status quo" e la scommessa del privato sulla sanità pubblica

Gentile direttore,

qualche giorno fa mi è comparso tra i suggerimenti di navigazione il portale di un centro sanitario privato che offre prestazioni specialistiche in diverse regioni d'Italia, alcune delle quali erogabili in telemedicina.

Navigando all'interno del portale mi ha colpito la sezione inerente la visita medica generalista.

Il centro in questione, in maniera analoga ad altri centri privati ed istituti assicurativi, propone ai suoi clienti la possibilità di una visita medica a pagamento qualora il proprio medico di famiglia non sia disponibile ed in particolare nei confronti di persone malate o fragili che non possono uscire di casa.

E' possibile inoltre usufruire di una visita domiciliare infermieristica in collegamento con un medico situato in una centrale operativa. La pagina in questione specifica che non essendo i sanitari in questioni dipendenti o convenzionati del SSN non è possibile usufruire di alcuna prescrizione a carico dello stesso.

Tale siffatta e diffusa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie, la quale, è bene dirlo, è assolutamente lecita sul piano normativo, offre lo spunto a qualche riflessione anche alla luce dell'accesso dibattito in corso sul giornale da Lei diretto sul futuro della sanità italiana.

E' un dato inconfutabile che da una decina di anni a questa parte gli interessi della sanità privata italiana stanno puntando alla vasta prateria dell'assistenza primaria o su quella che la normativa chiama "assistenza sanitaria di base" (art. 4 DPCM 2017 di aggiornamento dei LEA).

E' altrettanto incontrovertibile che il legislatore nazionale e regionale non solo non voglia più investire su di essa ma rimandando di anno in anno una riforma complessiva del sistema sta di fatto rafforzando la posizione di forza della componente privata della sanità italiana, sfruttando forse una certa debolezza della categoria medica e l'indolenza della popolazione italiana bombardata da campagne mediatiche di delegittimazione della sanità pubblica.

L'assistenza primaria rappresenta un "terreno di gioco" molto ambito per il privato perché, a differenza dell'assistenza ospedaliera e della medicina di emergenza/urgenza, consentirebbe allo stesso di erogare imponenti volumi di prestazioni sanitarie associate a bassi costi di gestione.

Parliamo ovviamente di "prestazioni sanitarie" e non di "offerta sanitaria" perché le prime tendono ad esaurire l'effetto al termine delle stesse mentre l'offerta, specialmente se continuativa nel tempo e basata sul rapporto fiduciario, è in grado di allungare sensibilmente la vita media della popolazione, come dimostrato da autorevoli studi internazionali (Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005;83(3):457-502)

Come mai il cittadino italiano dovrebbe richiedere una visita generalista a pagamento quando il SSN offre a tutti un medico di assistenza primaria gratuitamente e, nei casi di pazienti fragili e allettati, anche

l'assistenza domiciliare periodica (ADI-ADP e varie denominazioni in base alle regioni di appartenenza)?

E soprattutto visto che l'attività prescrittiva a carico del SSN rimane ancora compito dei medici pubblici non c'è il rischio di una duplicazione di prestazioni sanitarie e quindi di spese o addirittura di delegittimazione del medico prescrittore?

La risposta risiede nel fatto che oggi i medici di assistenza primaria si trovano in una situazione di estrema difficoltà causata da carichi di lavoro da tempo insostenibili e da un modello organizzativo-burocratico a loro imposto che rischia di pregiudicare il rapporto di cura a danno del paziente.

In questa condizione, alla quale la politica continua a non dare risposte serie basate su fatti visibili e tangibili, si sta progressivamente incuneando il privato che ha tutto l'interesse a mantenere lo "status quo" perché tale condizione, come predetto, rafforza di anno in anno la sua posizione sul mercato.

Come fermare dunque questo cortocircuito e ripristinare un normale (e leale) rapporto tra sanità pubblica e privata all'interno modello Beveridge italiano?

Su QS autori ben più autorevoli hanno proposto diverse soluzioni ai quali rimando per una diversificata opinione sul tema, avendo espresso in passato il mio parere sul tema.

Mi limito soltanto a segnalare che il continuo tergiversare e prendere tempo, inteso come mantenimento dello "status quo", in un mondo in cui tutto scorre e tutto cambia, rappresenta una precisa scelta politica e, come tale, foriera di conseguenze non troppo difficili da immaginare.

Roberto Bellacicco

Medico Chirurgo

Taranto

Lunedì 24 LUGLIO 2023

L'ospedale nel suo contesto

Gentile direttore,

la clinica moderna deve molto, se non dire tutto all'ospedale, straordinaria "machin a guerir" istituita sul finire del XIX° secolo in Francia per assicurare assistenza ai poveri e diseredati che offrivano il loro corpo malato alla proto-osservazione scientifica, avendone in cambio un giaciglio, un pasto e un po' di sollievo alle proprie pene.

Per molti decenni e per tutto il periodo del "nichilismo terapeutico" novecentesco, cosiddetto per la mancanza di farmaci e rimedi efficaci contro un corpo di malattie progressivamente meglio definite, l'ospedale con la forza dei numeri dei malati in esso accolti, ha consentito quella generalizzazione di sintomi e segni semeiologici su cui si è costituito la nosologia classica delle sindromi e delle malattie che ancora oggi adottiamo.

La svolta tecnologica degli anni '70

A partire dagli anni '70 del secolo scorso l'ospedale, grazie all'apporto delle grandi tecnologie sanitarie di tipo diagnostico e terapeutico e ai progressi delle scienze di base applicate alla medicina, è diventato il luogo dell'intensività assistenziale.

La sua missione dunque non è stata più solo quella di consentire al sapere medico di costituirsi, trasmettersi e rigenerarsi, ma è diventato il luogo della cura delle malattie acute e delle grandi patologie.

L'ospedale moderno, dunque, seleziona la sua casistica e accetta solo i pazienti che necessitano di quel particolare setting assistenziale, che solo esso può garantire, e rimanda alle cure primarie il resto delle patologie che richiedono invece un livello di assistenza erogabile efficacemente altrove o protratta nel tempo, multifasica ed estensiva

L'ospedale moderno dunque ha bisogno di tecnologie, di strumenti e di saperi multi-professionali ovvero sia di risorse umane specializzate nelle diverse discipline e quantitativamente adeguate a garantire un servizio H24 e sette giorni per sette e a mantenere quel circuito didattico che è componente altrettanto importante per l'implementazione della qualità professionale

Dotazioni umane e strumentali indispensabili ma non sufficienti

Le dotazioni umane e strumentali sono indispensabili per il corretto funzionamento dell'ospedale, ma non sono sufficienti a garantirne una piena funzionalità senza la capacità di esercitare un controllo "dinamico" sui flussi dei pazienti: di entrata ma soprattutto di uscita.

Per questo infatti serve altro. Serve un sistema di vasi comunicanti che consenta la dimissione dei pazienti appena risolta la fase acuta.

Serve dunque un contesto ecologicamente compatibile e integrato, una rete di strutture a più bassa intensità di cura e di servizi domiciliari che consentano all'ospedale di dimettere i pazienti e di affidarli ad altri, senza abbandonarli al loro destino.

Oggi, secondo il FADOI, la società scientifica degli internisti ospedalieri, il 20 per cento dei pazienti ricoverati sono "bed blockers" ovvero sia pazienti che compromettono seriamente il meccanismo di fisiologico ricambio dei degenti. E questo non per le loro condizioni cliniche, ma per l'impossibilità di trovare luoghi a minore intensità di cura a cui affidarli dopo la fase acuta.

Le reti cliniche e l'ospedale

L'ospedale dunque ha bisogno di essere inserito in reti cliniche assistenziali, senza le quali la catena si arresta e gli altri costi "in sé" della struttura si trasformano in spreco di risorse "per sé". E da qui il profondo rosso in cui molte strutture sprofondano soffocate dalle troppo lunghe degenze.

La rete clinica, al contrario, rende fluido il passaggio perché essa connette e coordina tra loro i diversi luoghi di cura definendo i percorsi di accesso e soprattutto di uscita programmata dei pazienti.

La rete infatti prevede per ogni patologia socialmente rilevante i luoghi della presa in carico del paziente (Mmg/ Specialista ambulatoriale) della cura della fase acuta (l'ospedale di diverso livello) e della dimissione protetta (il territorio, il MMG, la struttura di riabilitazione, etc)

Senza rete, l'ospedale è destinato a non funzionare e non sarà certo "l'hospitalist", figura tipica dell'ospitalità americana da costi spaventosamente alti, a risolvere problemi che non riguardano tanto la tempistica degli accertamenti intramurari e la loro velocizzazione ai fini della riduzione della degenza e delle rette, ma la capacità di riuscire a gestire i flussi dei pazienti verso le dimissioni o ulteriori luoghi di cura.

Il ruolo insostituibile della "politica sanitaria"

Ancora una volta non è la dimensione tecnica che può risolvere un problema che ha invece una dimensione sistemica e relazionale. E questo chiama in causa la capacità del decisore politico di definire necessità, priorità e volumi che i produttori di prestazioni sanitarie possono erogare per conto del SSN nell'ambito di precise strategie assistenziali

Insomma, per migliorare la performance dell'ospedale serve programmazione sanitaria, pianificazione metodologica e condivisione di progetti attraverso il coinvolgimento attivo dei diversi attori, pazienti compresi. Servono reti cliniche per le principali patologie cliniche che definiscano compiutamente il percorso clinico riservato a ogni paziente dopo averlo preso attivamente in carico

Senza questo processo di ridefinizione delle reti assistenziali e di costruzione di un ambiente ecologicamente connesso, ogni tentativo di efficientizzazione di una componente isolata è destinato a non produrre nulla.

Roberto Polillo

Mancano medici o infermieri? Ricetta per non ripetere gli errori del passato

di *Mario Del Vecchio* * e *Francesco Longo* *



In Italia lavorano circa 244.000 medici: il 44% è dipendente del Ssn, il 34% è convenzionato con il Ssn (es. Mmg), il 12% è nel privato accreditato dal Ssn. La densità medica italiana (4,1 medici per 1.000 abitanti) è una delle più alte tra i paesi EU, significativamente maggiore di quella di UK e Francia (rispettivamente 3 e 3,3 medici per 1.000 abitanti). Rimaniamo invece drammaticamente lontani dagli altri paesi in termini di rapporto infermieri per medico. Nel Ssn operano 1,42 infermieri per medico vs i 2,7 della Germania, 2,8 del Regno Unito, 3,3 della Francia.

Perché abbiamo invece la sensazione che mancano i medici?

La quantità di medici necessari in un sistema sanitario dipende da tre fattori chiave: a) l'allocazione di ruoli e funzioni tra medici e altre professioni sanitarie; b) il mix tra personale e tecnologie, spesso regolato da standard procedurali (es. quanti medici devono essere presenti per una procedura diagnostica); c) il mix di patologie prevalenti. Da più di 20 anni le "professioni sanitarie" (infermieri, riabilitatori, tecnici della diagnostica, ecc.) prevedono la laurea, ma il Ssn non ha ancora riconosciuto formalmente il loro livello di autonomia professionale, mantenendo invariato il numero di medici necessari al sistema. Il Ssn è dotato di tecnologie oltre la media EU, ma non ha diminuito gli standard di personale obbligatoriamente presente, anche se le macchine contribuiscono a innalzare significativamente la "produttività

del lavoro". In altre parole, è cambiato il modo di fare medicina, ma non abbiamo ancora aggiornato gli standard regolatori e le funzioni che vengono svolte nei paesi più sviluppati da professioni sanitarie in Italia, per legge, devono vedere la presenza e la responsabilità formale di un medico. L'Italia è uno dei paesi più anziani del mondo (ultra 65 sono il doppio degli under 15, ovvero il 25% della popolazione), quindi prevalgono patologie croniche e fragilità, che richiedono poche e puntuali prestazioni cliniche e lunghe stagioni assistenziali, che necessitano più infermieri e operatori socio-sanitari e meno medici. Mancando questi ultimi o non riconoscendone il ruolo, ingaggiamo impropriamente i medici.

Abbiamo aumentato le borse di studio nelle scuole di specializzazione medica da 7.500 posti annui nel 2008 a 14.000 nel 2023, mentre i pensionamenti attesi di specialisti nel decennio 22-31 sono al massimo 10.000 all'anno (5.000 dal Ssn). Quindi, tra pochi anni, torneremo ad avere una espansione del numero dei medici presenti. All'opposto i posti universitari per infermieri vanno deserti, perché mancano le vocazioni. Inoltre, tra i pochi iscritti, solo il 75% riesce a finire gli studi. Quindi pensioniamo più infermieri di quante ne formiamo (14.000). Mancano 60.000 infermieri rispetto ai bisogni. Nel complesso andiamo nella direzione opposta al necessario: ancora più medici e ancora meno infermieri. Fake news (mancano i medici) hanno prodotto una programmazione sbagliata.

È vero che alcune e limitate discipline mediche (tra le 55 specializzazioni presenti nel Ssn) hanno carenze di vocazioni: emergenza/urgenza, cure primarie, laboratorio analisi. Le vere determinanti sono ancora una volta i modelli organizzativi e di servizio e non le politiche di reclutamento. Se al pronto soccorso l'80% dei pazienti sono codici bianchi e verdi, ovvero situazioni semplici e senza emergenze, il contesto professionale risulta demotivante per un giovane che ha studiato 11 anni medicina, di cui 5 medicina d'urgenza. La soluzione non è da ricercarsi prevalentemente nelle politiche retributive dei medici di Ps, ma nel separare i pazienti leggeri da quelli gravi, lasciando solo i secondi al lavoro del medico specializzato in emergenza/urgenza, rendendo il contesto professionale interessante e coerente alle competenze sviluppate.

Cosa servirebbe fare?

Rifondare l'immagine delle professioni sanitarie tra i giovani con una robusta campagna informativa multimediale, spiegando che le professioni sanitarie sono 23, altamente qualificate, con sicurezze occupazionali assolute e ruoli professionali di grande interesse. Modificare profondamente i modelli di servizio e organizzativi e le regole sui mix di personale che deve essere impiegato durante le procedure, limitando l'impiego di medici a quando è davvero necessario superando antichi retaggi burocratici di presenza e firma formale. Aggiornare i numeri della programmazione universitaria, visto che rischiamo di generare una nuova pleora medica, mentre mancano gli infermieri. Difficile?

* *Cergas/Sda Bocconi*

Lunedì 24 LUGLIO 2023

Medicina di Famiglia: no alle minestre riscaldate

Gentile Direttore,

questa volta non voglio riferirmi ad articoli precisi ed a precisi professionisti che di questi tempi si occupano premurosamente del futuro della Medicina di Famiglia, accomunati innanzitutto dal non farne parte e ossessionati dalle “magnifiche sorti e progressive” dove a loro avviso la salvifica dipendenza traghetterebbe il nostro Paese nei suoi bisogni di Assistenza Primaria.

Forse così potrò evitare di essere scorrettamente citato altrove (un vero successo per un “peone”!) in risposte di singoli senza l’allegazione del mio scritto cui si fa riferimento...intelligenti pauca!

Il mio ragionamento mira a prevedere gli scenari che si realizzerebbero se tutto ciò andasse in porto: un’uniformità contrattuale con funzioni di fiduciarità dei vari esercenti al sistema e non al cittadino, e la creazione di un sistema sanitario privatistico che naturalmente “integrerebbe” (le virgolette perché in realtà in buona parte sostituirebbe) le falle che immediatamente si aprirebbero.

E’ chiaro che tale struttura si pascerebbe della distruzione della figura del Medico di Famiglia, relegato ad un tassello alabardato ed autoritario (tale è quello che in molli versi secondo costoro è il “gate-keeper”) di una complessa struttura politico-burocratico-amministrativa governata da chi in tanti anni, pur laureato in Medicina od altro, ha di fatto scelto la politica del corridoio e dell’apicalità burocratica piuttosto che quella del lavoro sul campo, l’unica cosa che conta se si vuole parlare di realtà pratiche per cui si ha l’ambizione di proporre soluzioni.

Logicamente un sistema che funzionasse autonomamente renderebbe superfluo il ricorso a tali fondi “integrativi”, la cui ragion d’essere origina proprio da un’insufficienza programmata a tavolino del servizio pubblico così da delegarne compiti e funzioni, beninteso a chi può permetterseli, nonché dal desiderio di creare e mantenere carrozzoni dove - è logico - ci sarebbero ben precisi conduttori...

Ecco quindi “mutatis mutandis” riesumare nella sostanza (l’unica realtà effettuale, il resto sono solo chiacchiere!) il vecchio sistema Bismarck rivolto sostanzialmente ai lavoratori, cosa buona e giusta se tutti avessero la fortuna di essere tali, con la veloce visita specialistica in alternativa alla vituperata inefficienza del sistema pubblico con le sue lunghe liste d’attesa, con il ricorso diretto al secondo livello diagnostico senza alcuna intermediazione e quindi con le inevitabili scollature anamnestiche/diagnostiche con la Medicina di primo livello, con gli allettanti “pacchetti” di analisi et similia concorrenziali con i tickets pubblici e quindi originatori del definanziamento, con un’allettante autostrada a pagamento al centro e vecchie e rattoppate strade complanari ai suoi lati, magari con un apposito burocratismo nelle motivazioni allegate alle richieste di indagini e di visite per scimmiettare i delirii delle attuali assicurazioni private e nelle ipotizzabili richieste di retrodatazioni inevitabili per via dell’accesso diretto al secondo livello (falso ideologico, questo sconosciuto...) e con la riproposizione dell’ “azzardo morale”, del “cream skinning” e della “selezione avversa” in un burlesco “trenino” che si snoda su tavoli diversi e con scarti improvvisi...

E’ chiaro che molti sono gli appetiti intorno all’ENPAM, umanamente comprensibili per via della solidità del medesimo che ha resistito a svariati ricatti sulla sostenibilità dell’erogazione delle pensioni

nonostante un progressivo e maligno innalzamento degli anni da garantire, fallito miseramente perché chi si occupa di Enti - appunto - fallimentari non può ipotizzare che ci possano essere altri meccanismi virtuosi, ma non giustificabili se fanno da corollario alla NEGAZIONE DEL MEDICO DI FIDUCIA che è la sostanziale e drammatica conseguenza che i cittadini patirebbero.

E ai quali è arrivato il momento di rivolgersi per smascherare ipotesi la cui sintesi è questa!

Francesco Buono

MMG in Roma

quotidiano **sanità**.it

Lunedì 24 LUGLIO 2023

Tavolo Dm 70 e 77. Tutto è bene quel che finisce bene

Gentile direttore,

bisogna dare atto che il Ministero della Salute stia dimostrando di avere un'insolita capacità di correzione in tempo reale degli atti che il Gabinetto di questo Ministero produce: dopo il primo decreto di istituzione del tavolo di rielaborazione dei decreti 70 e 77 in chiave monogenere maschile in una nazione a prevalenza femminile e una categoria, quella della sanità a maggioranza femminile più che assoluta (come gli sia venuto in testa di proporlo in questo modo, chissà), a seguito dell'intervento anche dell'onorevole Lorenzin ha emanato un nuovo decreto con una buona presenza femminile e rappresentativa di ordini, sindacati, società scientifiche, atenei, esperti, Agenas Regioni e chi ne ha più ne metta...ma di nuovo errore! Si sono dimenticati di sigle sindacali importanti più che rappresentative...al contrario di qualche altra inserita.

Dopo il mio [articolo](#) ho potuto notare con piacere varie prese di posizione degli esclusi ben motivate e all'indomani dell'insediamento è stato pubblicato il nuovo decreto con dentro tutti, spero, gli esclusi: ben fatto ...è bene quel che finisce bene.

Qualcuno invece che tavolo lo ha definito tavolata, a parte che già il termine è più augurale: normalmente le tavolate si fanno in occasioni felici e speriamo che il lavoro di questa tavolata porti a ipotesi di modifiche dei dm 70 e 77 condivise, comprese e concertate e che, soprattutto siano recepite dal Governo, le Regioni e il Parlamento e si riprenda il rilancio di un SSN sia di prossimità che ospedaliero in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute anche valorizzando ed apprezzando normativamente ed economicamente i professionisti e gli operatori produttori di salute...è un auspicio vediamo se si potrebbe attuare, lo spero nell'interesse primario della salvaguardia e rilancio del SSN, nei suoi valori fondanti che i padri della riforma sanitaria ci hanno consegnato.

So quanto sia onerosa, complicata, complessa e difficile l'arte della mediazione tra più interessi e tra più soggetti istituzionali e associativi avendola praticata in più tavoli di confronto e di elaborazioni di proposte, di questi molti ne ho coordinati o sono stato componente al Ministero della Salute perlopiù con ottimi risultati, ma anche in altre amministrazioni e quindi auguro buon lavoro, nella speranza, però, che l'ottimo lavoro che potranno produrre possa essere recepito all'unanimità se non a maggioranza larga da Parlamento, Governo, Regioni perché il diritto alla salute essendo una delle migliori parti della nostra avanzata e ancora non integralmente attuata Costituzione, qualsiasi tentativo di migliorarne l'attuazione non può che divenire comune patrimonio.

Saverio Proia

Ok Ema al primo vaccino contro le bronchioliti

Potrebbe arrivare presto in Italia il primo vaccino in grado di proteggere neonati e anziani dalla bronchiolite, infezione respiratoria che costituisce una delle piu' frequenti cause di ricovero nei primi mesi di vita e nella terza eta' . L'Agenzia europea del farmaco ha infatti raccomandato l'autorizzazione all'immissione in commercio di un vaccino contro il virus [...]

di Redazione



Potrebbe arrivare presto in Italia il primo vaccino in grado di proteggere neonati e anziani dalla bronchiolite, infezione respiratoria che costituisce una delle piu' frequenti cause di ricovero nei primi mesi di vita e nella terza eta' . L'Agenzia europea del farmaco ha infatti raccomandato l'autorizzazione all'immissione in commercio di un vaccino contro il virus respiratorio sinciziale, che ogni anno nel mondo colpisce circa 33 milioni di bambini, provocandone il ricovero di 3,2 milioni e la morte di 111.800.

A ottenere il via libera e' il vaccino Abrysvo di Pfizer, il primo anti-Rsv per proteggere neonati fino a 6 mesi e gli over 60enni, stimolando una risposta anticorpale duratura. Abrysvo istruisce l'organismo a produrre anticorpi specifici contro la proteina F del virus, quella che gli permette di fondersi con le nostre cellule per infettarle. Per proteggere i neonati, viene somministrato alla mamma nel terzo trimestre di gravidanza – come accade per il vaccino per pertosse e influenza – e conferisce una protezione di sei mesi. Il virus respiratorio sinciziale, o Rsv, e' molto diffuso da novembre ad aprile e di solito provoca sintomi lievi, simili a quelli del raffreddore. Quando pero' colpisce persone vulnerabili, causa un'inflammazione dei bronchioli, ovvero le parti terminali delle vie respiratorie. Questi sintomi colpiscono piu' spesso gli anziani e le persone affette da malattie polmonari o cardiache. Le prime vittime sono, pero' , i bambini. In Italia non si hanno stime certe perche' la patologia non ha obbligo di notifica e solo chi arriva in ospedale e fa un tampone ha una diagnosi precisa.

“Secondo le stime l'Rsv porta in ospedale 2 bimbi su 10 che ne sono colpiti nel primo anno di vita. Quasi tutti i bimbi ricoverati hanno bisogno di ossigeno e di quelli ricoverati il 5% finisce in terapia intensiva”, spiega Andrea Lo Vecchio, presidente della Societa' Italiana di Infettivologia Pediatrica (Sitip). Ancora negli anni Sessanta del secolo scorso, la malattia che provocava nei neonati insufficienza respiratoria, polmoniti e molti decessi veniva chiamato il 'male oscuro'. “Tra i bimbi sotto i 2 anni che si ammalano di bronchiolite – prosegue Lo Vecchio, professore di pediatria all'Universita' Federico II di Napoli – circa il 10% necessita di ossigeno e viene ricoverato. Di questi il 5% viene intubato. Purtroppo non c'e' una terapia specifica e questo provoca, in genere tra dicembre e gennaio, una forte pressione nei reparti di pediatria e nelle terapie intensive neonatali”.

L'inverno passato l'epidemia da virus sinciziale e' stata particolarmente aggressiva: “ha provocato molti casi di insufficienza respiratoria grave nei neonati e ha riguardato anche bambini tra due e quattro anni, per via del cosiddetto Immunity Gap, ovvero il deficit immunitario legato alla minor esposizione ai patogeni dovuto alle misure protettive contro il Covid”, prosegue Lo Vecchio, membro del Tavolo malattie infettive della Societa' Italiana di Pediatria. Da circa un decennio, in Italia, e' autorizzato per i prematuri e per bimbi con alcune malattie specifiche, il monoclonale palivizumab, una profilassi somministrabile in diverse dosi e che, diversamente dal vaccino non stimola produzione di anticorpi propri. L'Ema pochi mesi fa ha autorizzato anche un secondo monoclonale, che con una singola somministrazione copre per 5 mesi ed e' indicato per tutti i neonati, sia sani che a rischio: “una scelta dettata dal fatto che il virus sinciziale porta spesso al ricovero anche bimbi nati a termine e senza altre patologie”, precisa Lo Vecchio.

Lunedì 24 LUGLIO 2023

Osteopati. Tar Lazio bocchia ricorso dei fisioterapisti contro istituzione professione sanitaria

“La declaratoria dell'ambito di attività e delle funzioni caratterizzanti la professione dell'osteopata – si legge nella sentenza – rappresenta il prodotto di un'istruttoria approfondita e completa, nonché di una valutazione complessiva e accurata”. [**LA SENTENZA**](#)

Con la sentenza n. 12312/2023 i giudici amministrativi hanno dichiarato l'inammissibilità del ricorso con il quale i fisioterapisti avevano chiesto l'annullamento del Decreto del Presidente della Repubblica del luglio 2021 di recepimento dell'accordo tra Governo e Regioni sull'istituzione della professione sanitaria dell'osteopatia.

“La declaratoria dell'ambito di attività e delle funzioni caratterizzanti la professione dell'osteopata – si legge nella sentenza – rappresenta il prodotto di un'istruttoria approfondita e completa, nonché di una valutazione complessiva e accurata – affidata ai massimi organismi ed enti competenti in materia sanitaria e di istruzione - dei diversi interessi coinvolti e dei dati tecnico-scientifici rilevanti, volti ad assicurare il rispetto dei surrichiamati principi, specie in relazione alle competenze dei fisioterapisti”.

“L'eventuale sconfinamento all'atto dell'esercizio concreto della professione nell'alveo delle competenze normativamente attribuite ad altri professionisti – si precisa nella sentenza - rappresenta una circostanza che potrà rilevare dinanzi all'Ordine professionale di appartenenza, che sarà tenuto peraltro a garantire l'osservanza da parte dei professionisti iscritti all'albo delle norme dettate dall'ordinamento ai fini della formazione, accesso ed esercizio della professione, anche attraverso l'adozione di provvedimenti disciplinari, giungendo in ipotesi fino alla sospensione o cancellazione dall'albo, con conseguente preclusione dell'esercizio della professione”.

Una decisione molto chiara che conferma ancora una volta la specificità delle competenze della professione osteopatica”. È il commento che **Paola Sciomachen**, Presidente del ROI – Registro degli Osteopati d'Italia, ha fatto a margine della sentenza del TAR del Lazio.

“Il profilo professionale dell'osteopatia esce ancora più rafforzato da questa sentenza, ha aggiunto Paola Sciomachen. La Corte ha accolto integralmente le difese articolate dagli avvocati del ROI e auspichiamo che questa sentenza possa rappresentare un'ulteriore apertura al dialogo e all'integrazione delle diverse professionalità a favore della salute dei pazienti”.

“L'iter per l'attuazione della legge istitutiva dell'osteopatia procede. Attendiamo il decreto del Ministero dell'Università sul profilo formativo, che dalle recenti dichiarazioni, dovrebbe essere emanato in tempi brevi per procedere poi all'ultimo passaggio istitutivo della professione, quello delle equipollenze”, ha concluso.

Otorinolaringoiatria, il paradosso: «Tanti progressi e rischiamo di perderli tutti»

Con oltre 6 milioni di italiani visitati, 230mila interventi chirurgici, 136mila nuovi ricoveri e 9900 nuove diagnosi di tumori testa-collo, ogni anno l'otorinolaringoiatria è una delle discipline che si sono espanso più velocemente grazie anche al continuo progresso tecnologico medico chirurgico.

Oggi, la riduzione dei reparti dedicati nel SSN e la prospettiva di fondere la specialità con la formazione in audiologia e foniatra rischiano di diluire competenze ultra-specialistiche faticosamente accumulate

di Redazione



I disturbi dell'udito e le malattie dell'orecchio colpiscono circa 7 milioni di italiani con un danno diretto e indiretto di oltre 36 miliardi di euro. Né l'otorinolaringoiatria si limita alla sola area dell'udito o delle tonsille, per le quali è più conosciuta. Con oltre 6 milioni di italiani visitati, 230mila interventi chirurgici, 136 mila nuovi ricoveri e 9900 nuove diagnosi di tumori testa-collo, ogni anno è divenuta, invece, una delle discipline più versatili e all'avanguardia del panorama sanitario, soprattutto dal punto di vista chirurgico. «Oggi – spiega il presidente professor **Piero Nicolai** di SIOeChCF – copriamo l'intera Area Testa-Collo: da un'oncologia complessa e difficile specie chirurgicamente, all'applicazione di protesi impiantabili come gli impianti cocleari; ci occupiamo, anche, delle patologie dell'orecchio medio, interno e della base cranica laterale; di tutte le patologie del naso dei seni paranasali e della base del cranio anteriore, dei disturbi ostruttivi del sonno, delle patologie delle ghiandole salivari ed infine anche della voce problematiche estetiche del volto».

La riduzione della prevenzione

«Ma questa versatilità – aggiunge il professor Giovanni Danesi di SIOeChCF – rende difficile inquadrare la disciplina, anche a livello di programmazione sanitaria. Il risultato è la riduzione della prevenzione: **troppo spesso la diagnosi è tardiva** anche se ogni euro speso per tempo e nel modo giusto può risparmiarne 18 nell'arco di 10 anni. Ma ancora più grave è la progressiva perdita di competenze che sta iniziando ad erodere il patrimonio di saperi e capacità accumulato nella passata generazione. I reparti di Otorinolaringoiatria si stanno, infatti, rarefacendo nel SSN e la prospettiva di unire i corsi di specialità di Otorinolaringoiatria a quelli di Audiologia e Foniatria minaccia di diluire ulteriormente una formazione che dovrebbe, invece, puntare ad una marcata specializzazione. Questo, infatti, sarebbe il momento per radicare saldamente l'Otorinolaringoiatria nel Servizio Sanitario. Il rischio, altrimenti, è quello di perdere i progressi raggiunti».

Welfair, la fiera del fare sanità

Questo l'allarme rivolto dalla SIOeChCF al mondo della sanità. «Del resto, compito delle Società scientifiche – conclude il professor Domenico Cuda, past president SIOeChCF – è quello di portare la voce degli specialisti medici e quindi degli otorinolaringoiatri alle istituzioni per difendere l'interesse sia di medici che pazienti». Anche con questo obiettivo la Società Italiana di Otorinolaringoiatria annuncia la sua partecipazione con un suo appuntamento tematico a **Welfair, la fiera del fare sanità** che si terrà dal 18 al 20 ottobre 2023 a Fiera Roma. La fiera offre, infatti, un format nuovo di fiera sanitaria perché si concentra sull'incontro tra governance, medici, società scientifiche e aziende MedTech per confrontarsi sui processi concreti dai quali originano i servizi e si integrano le innovazioni. «La sfida di Welfair – conferma Claudio Lo Tufo, co-organizzatore di Welfair insieme a Fiera Roma – consiste nel generare processi che, di per sé, siano già germinativi del cambiamento, favorendo l'incontro tra le persone per discutere e sviluppare idee, progetti e soluzioni da implementare nel settore sanitario».

Venerdì 21 LUGLIO 2023

Farmaceutica. Nel 2022 la spesa pubblica oltre i 20 miliardi. Per gli acquisti diretti tetto sfondato di 2,7 miliardi. I dati definitivi dell'Aifa

Rispetto al 2021 la spesa complessiva a carico del pubblico è stata di un miliardo in più. Prosegue inesorabile l'aumento della spesa per acquisti diretti che sfonda il tetto di oltre 2,7 miliardi. Sotto il tetto invece la spesa convenzionata di ben 705 milioni. Lievi aumenti per il ticket e per il numero di ricette mentre è sostanzialmente stabile il dato delle dosi dispensate. [IL REPORT](#)

Una spesa complessiva a carico dello stato che supera i 20 miliardi, una spesa per acquisti diretti che pare inarrestabile e sfonda il tetto previsto di 2,7 miliardi contro una spesa convenzionata che va sotto il tetto di 700 milioni. Sono questi alcuni dati nel report consuntivo sulla spesa farmaceutica pubblicato dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

Spesa complessiva sopra i 20 miliardi. A livello nazionale la spesa complessiva del periodo gennaio-dicembre 2022 si è attestata a 20.496,4 mln di euro, evidenziando uno scostamento assoluto rispetto alle risorse complessive del 14,85% (18.505,1 mln di €) pari a +1.991,2 mln di euro (differenza tra diretta e convenzionata), corrispondente ad un'incidenza percentuale sul FSN definitivo 2022 del 16,45%. I valori dell'anno precedente (2021) erano pari a +19.465,7 mln di €, e avevano fatto segnare uno scostamento assoluto rispetto alle risorse complessive del 14,85% pari a +1.508,4 mln di euro.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica convenzionata al netto dei payback vigenti rispetto al tetto del 7,00% (8.723,0 mln di € calcolato sul FSN 2022 definitivo), pari a 8.017,3 milioni di euro che incide sul FSN per il 6,43 % generando un avanzo di 705,7 milioni di euro.

I consumi, espressi in numero di ricette (564,1 milioni di ricette), mostrano un lieve aumento (+2,1 %) rispetto al 2021; anche l'incidenza del ticket totale mostra lieve un aumento (+1,4%). Per quanto concerne le dosi giornaliere dispensate, rimangono stabili rispetto allo stesso periodo del 2021 (+0,2%, pari a 50,3 milioni).

Per medicinali innovativi oncologici la spesa stimata per le sole indicazioni innovative per il periodo gennaio-dicembre 2022 al netto dei payback è pari a 581,3 milioni di Euro (su un fondo di 500 mln). Per medicinali innovativi non oncologici la spesa stimata per le sole indicazioni innovative per il periodo gennaio-dicembre 2022 al netto dei payback è pari a 347,0 milioni di Euro (su un fondo di 500 mln). Nel documento viene infine riportato il valore della spesa per acquisti diretti al netto dei gas medicinali (12.238,8 mln di €).

Per quanto concerne il valore della spesa per acquisti diretti al netto dei gas medicinali (12.238,8 mln di €), lo scostamento assoluto (+2.705,8 mln di €) rispetto al tetto del 7,65% (calcolato sul FSN definitivo 2022 e pari a 9.533,0 mln di €).

L'ospedale del futuro, convegno ad Alghero con gli esperti dell'ISS di Roma

Presente anche l'assessore Doria



“L'ospedale del futuro, sistemi e strategie della sanità che vivremo” è il tema del convegno che si è svolto questa mattina ad Alghero, all'hotel Calabona, organizzato dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari.

Dopo l'introduzione di Francesco Tolu, è stata la volta degli ospiti dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma, Luigi Bertinato, che è intervenuto per una lettura magistrale sull'ospedale del futuro e Francesco Gabrielli che si è soffermato, invece, sullo sviluppo della Telemedicina.

Ha voluto essere presente anche l'assessore regionale alla Sanità Carlo Doria il quale ha confermato la volontà della Regione Sardegna di realizzare i nuovi ospedali, tra cui proprio quello di Alghero.

Lunedì 24 LUGLIO 2023

L'estate negli ospedali d'Italia: con un terzo degli organici in ferie cala del 52,7% l'attività degli ambulatori e il 15% chiude. Assistenza in crisi nel 56% dei reparti. La survey Fadoi

Ma per non portare al collasso i nostri nosocomi quasi la metà dei medici aumenta i carichi di lavoro e la metà salta i turni di riposo settimanali. Dentali: "Nelle medicine interne le carenze di organico che vanno ad accentuarsi nel periodo di riposo estivo vanno a rendere più critico il quadro per via del fatto che i nostri reparti sono ancora erroneamente classificati come a 'bassa intensità di cura'".

È tempo di vacanze anche per i medici, che negli ospedali d'Italia d'estate si rimboccano le maniche per non lasciare senza assistenza i pazienti, aumentando il volume di lavoro in quasi la metà dei casi per sopperire a carenze di organico che tra giugno e settembre diventano insostenibili, visto che circa un terzo di loro va in ferie. Così molti fanno gli extra per coprire i turni di notte e il 56,8% salta i riposi settimanali. Nonostante l'impegno però le attività ambulatoriali diminuiscono nel 52,7% dei casi e chiudono del tutto nel 15,1% degli ospedali, mentre complessivamente la qualità dell'assistenza sanitaria, richiesta anche d'estate, è compromessa nel 56% dei casi in modo sensibile.

A fornire il quadro degli ospedali italiani nel periodo estivo, quando le ferie rendono insostenibili i vuoti in pianta organica, è la survey condotta dalla Federazione dei medici internisti ospedalieri (Fadoi) in ben 206 Unità operative ospedaliere di medicina interna sparse in tutte le regioni italiane. Una situazione che rispecchia quello che avviene anche in larga parte dei dipartimenti di altre specialità mediche. Anche se, come specifica il Presidente Fadoi, **Francesco Dentali**, "nelle medicine interne le carenze di organico che vanno ad accentuarsi nel periodo di riposo estivo vanno a rendere più critico il quadro per via del fatto che i nostri reparti sono ancora erroneamente classificati come a 'bassa intensità di cura', il che non riflette in alcun modo la complessità dei pazienti anziani e con pluri-morbilità che abitualmente trattiamo nelle nostre Unità operative, che da sole assorbono un quinto di tutti i ricoveri ospedalieri. E questa anacronistica classificazione delle medicine interne implica già di per se una minor dotazione di tecnologie, medici e infermieri per posto letto, che diventa esplosiva nel periodo estivo, quando anche il nostro personale usufruisce del meritato riposo".

Cosa che tra giugno e settembre, secondo l'indagine Fadoi, avviene per oltre il 91% dei medici che usufruiscono dei 15 giorni di vacanze nel periodo estivo, come garantito dal contratto nazionale di lavoro. Questo comporta una riduzione degli organici in reparto che varia tra il 21 e il 30% nel 48% dei casi, tra il 30 e il 50% nel 19,4% dei reparti, mentre la carenza è tra l'11 e il 20% in un altro 21,8% dei casi.

Per chi resta il volume di lavoro aumenta nel 42,7% dei casi e ciò incide "abbastanza" sull'assistenza offerta ai cittadini nel 51% dei nosocomi, "molto" in un altro 15,5%, "poco" nel 21,2% dei reparti, "per nulla" soltanto nel 6,3%.

A risentirne nello specifico sono poi le attività ambulatoriali, che diminuiscono nel 52,7% dei casi e chiudono del tutto in un altro 15,1% degli ospedali. Il 14,1% garantisce invece l'invarianza nel numero e

nei tempi delle attività negli ambulatori, che sono rimodulate nei tempi ma invariate nel numero di prestazioni in un altro 18% di casi.

Se pur riducendo le attività d'estate gli ospedali non chiudono per ferie lo si deve ai sacrifici sostenuti dai medici per coprire la carenza di personale già di per se cronica. Ecco così che il 56,8% tra giugno e settembre vede qua e là saltare i riposi settimanali che pure dovrebbero essere sempre garantiti. Nello stesso arco temporale il 44,7% dei medici è obbligato a coprire i turni notturni con attività aggiuntive, mentre il 28% è chiamato a garantire anche i turni in pronto soccorso (il 4,4% solo nel periodo estivo), con un numero di ore compreso tra le 12 e le 60 a settimana nel 56,1% degli ospedali, mentre nel 10,5% dei casi le ore trascorse nei Ps è addirittura superiore a 90. “E questo - denuncia a sua volta il Presidente della Fondazione Fadoi, **Dario Manfredotto**, va a tutto discapito dell'attività delle medicine interne, che già dotate di un minor numero di professionisti sanitari in rapporto alla complessità dei pazienti trattati, finiscono così per perdere ulteriori quote di personale, che anziché essere presente in reparto è dato ‘in prestito’ ai pronto soccorso”.

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Emilia Romagna: online il Registro Tumori, accessibile a cittadini e professionisti

PS panoramasanita.it/2023/07/24/emilia-romagna-online-il-registro-tumori-accessibile-a-cittadini-e-professionisti/



Andamento e distribuzione dei casi, incidenza, frequenza, screening: ulteriore passo nell'assistenza oncologica.

Quali sono i tumori più frequenti? Di tumore alla trachea si ammalano di più

gli uomini o le donne? Quali sono quelli più diagnosticati e dove? A fotografare il numero di casi di tumore nella nostra regione è il Registro Tumori dell'Emilia-Romagna, il portale curato dalla Regione online. Uno strumento pensato per cittadini e professionisti della sanità, che permette di accedere in maniera semplice e immediata a una vasta gamma di informazioni sul cancro in Emilia-Romagna: il numero medio annuo di casi, il trend per

anno dell'incidenza. E ancora l'incidenza per aree territoriali e quella per fascia d'età, i primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati in Emilia-Romagna sia per gli uomini che per le donne. Attualmente, sono disponibili i dati validati fino al 2018, come avviene per gli altri portali regionali. "Il portale del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna è un ulteriore passo avanti nel campo della gestione e dell'assistenza oncologica nella nostra regione. A disposizione di pazienti, operatori sanitari e ricercatori ci sono dati accurati e aggiornati sulla distribuzione dei tumori nel territorio regionale utili per la prevenzione, le cure e la ricerca scientifica. Un altro importante elemento, quindi, che introduciamo insieme alla realizzazione della nuova Rete Oncologica e Onco-Ematologica Regionale" è il commento di Raffaele Donini, Assessore alle Politiche per la salute.

Come viene alimentato il Registro

Il Registro dei tumori dell'Emilia-Romagna è alimentato dai dati raccolti a livello provinciale dai singoli Registri, creando così un importante patrimonio di informazioni

utilizzate per la ricerca scientifica, la programmazione e il controllo dell'assistenza sanitaria. Inoltre, il Registro collabora attivamente con istituti di ricerca ed è collegato al Registro Tumori nazionale, che ha stabilito standard uniformi per i diversi Registri Tumori locali. L'Irccs "Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori Dino Amadori (IRST)" di Meldola (FC) è il titolare del trattamento dei dati e garante della gestione amministrativa, tecnica e informatica del Registro Tumori.

Confessioni di un chirurgo in fuga

“Pronto soccorso addio Chiedono solo sacrifici nessuna gratificazione”

La decisione di passare a una cooperativa come gettonista dopo un anno e mezzo di lavoro e 300 ore di surplus per ragioni economiche e di professionalità “ Sto anche valutando di andare all'estero”

di Sara Strippoli Un anno e mezzo in pronto soccorso e poi via. «Fatica, delusione, rischi», racconta un chirurgo di 36 anni che fino a qualche mese fa lavorava in un grande ospedale del Piemonte in medicina d'urgenza e ora è stato reclutato da una cooperativa. In attesa di una terza opzione che lo porterà via da Torino. Un medico in meno nel Servizio sanitario nazionale in un periodo in cui si fanno ponti d'oro per trovarne.

Dottore, lei ha 36 anni. Si è laureato a Torino e specializzato nella nostra facoltà di medicina?

«La laurea l'ho presa a Perugia e il corso di specializzazione in chirurgia l'ho fatto qui a 34 anni».

Poi il concorso e l'assunzione.

Un anno e mezzo e già molla. Ci spiega perché?

«Pretendono sacrifici su sacrifici, turni su turni. Se chiedevo di recuperare mi facevano sentire in colpa, quasi fossi uno scansafatiche. Il primario diceva che solo dopo aver raggiunto il tetto si cominciava a lavorare davvero. Ho accumulato 300 ore di surplus che quando me ne sono andato ho regalato all'azienda. E naturalmente c'è il rischio di errore, sempre in agguato quando il ritmo è elevato. In cambio dei sacrifici, però, non davano niente».

Cosa intende dire?

«Io ho la specialità in chirurgia e sono stato assunto per lavorare al pronto soccorso ma non mi hanno mai dato l'opportunità di fare il chirurgo. Dopo il triage, che stabilisce se il problema è chirurgico, facevo le visite per decidere se il paziente è da seguire in chirurgia generale o se deve essere valutato da uno specialista. Una ernia per capirci o un problema per cui serve un urologo. Non avevo occasione di andare in sala operatoria, a parte qualche rarissima circostanza, non vedevo alcuna possibilità di crescita in quella che è la mia specializzazione».

Anche il rapporto con i pazienti lo ritiene deludente?

«No, quella è la parte migliore del lavoro, il rapporto con i malati è buono. Il problema è che i pronto soccorso da tempo ormai assomigliano ad ambulatori. Non credo di poter essere smentito se dico che i casi che potrebbero essere visti da un medico di famiglia o in una visita ambulatoriale sfiorano l'80%.

Non è questa la funzione di un pronto soccorso».

Davvero pensa sia questa la

percentuale in un grande ospedale del Piemonte?

«La mia esperienza dice questo. D'altronde, se per una ecografia si aspetta sei mesi, molti pensano di essere legittimati a trovare una scorciatoia e questa è il pronto soccorso. Si può esagerare un po' i dolori e c'è il disagio di lunghe attese, ma dopo sei ore si può uscire con l'esito dell'ecografia che può servire a fare la diagnosi».

Dove lavora adesso?

«Per un grande ospedale, non a Torino, ma per una cooperativa».

Fa il chirurgo come avrebbe

voluto?

«No, faccio il medico d'urgenza».

Un confronto economico?

«Prima lavoravo 160 ore al mese (con turni di sette ore), ma in realtà erano circa duecento ore per gli extra e guadagnavo tremila euro al mese. Ora lavoro solo dieci giorni al mese, con turni da dodici ore, e guadagno seimila euro, quattromila netti. E quel che più conta è che riesco ad avere una vita anche fuori dall'ospedale».

Quanto pagano all'ora?

«In questa cooperativa con cui ho firmato il contratto la retribuzione è di 80 euro all'ora, ma ce ne sono altre che pagano anche 120 euro. Dipende molto dai turni, e anche dagli ospedali».

A 36 anni ha deciso che il suo futuro è nelle cooperative, lavorando a gettoni?

«No, questa la considero una fase temporanea. Ho partecipato a un concorso per una città del Sud e andrò lì. Sono entrato in graduatoria. Un posto da chirurgo, finalmente. Al tempo stesso sto valutando l'ipotesi di andare all'estero».

In quali Paese cercano chirurghi?

«Senza dubbio in Inghilterra, ma anche negli Emirati Arabi, dove il compenso è attorno ai 15 mila euro al mese. Spostarsi è indubbiamente un sacrificio, ma almeno ne vale la pena».

Gli altri colleghi giovani che lavoravano nell'ospedale che ha lasciato la pensano come lei?

«Alcuni certamente sì, sono esausti e demotivati. In generale nei pronto soccorso piemontesi c'è grande insoddisfazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Turni massacranti con il rischio di commettere errori ma se chiedi di recuperare dei riposi ti trattano come uno scansafatiche
L'80% dei pazienti viene per servizi ambulatoriali: dopo 6 ore di attesa esce con un referto che con le liste d'attesa avrebbe dopo mesi

g

Al Mauriziano i calcoli si rimuovono con i videogiochi

La PlayStation è stata adattata per guidare i robot dell'équipe di urologi che ha operato un uomo

Anche la PlayStation entra in sala operatoria. Ad utilizzarla per guidare robot sempre più protagonisti nella chirurgia di ultima generazione, sono stati gli urologi del Mauriziano. Il paziente è un uomo cinese di 50 anni che vive a Torino ed è affetto da calcolosi renale complessa. Il robot in questione si chiama Ily, brevettato per la chirurgia endoscopica.

L'intervento innovativo è stato eseguito nei giorni scorso da Roberto Migliari, direttore dell'Urologia dell'ospedale di corso Turati insieme con la sua équipe.

Lo strumento flessibile in precedenza veniva comandato a mano. Ora viene teleguidato dal controller della Playstation, che comunica con il braccio robotico, permettendo all'endoscopio di muoversi con una precisione millimetrica. In parallelo il chirurgo che lo aziona può rimanere a distanza dalle radiazioni X, che vengono utilizzate per mostrare la strada da seguire.

« Questo nuovo robot — spiega il medico — presenta un braccio multifunzione che guida con estrema precisione uno strumento endoscopico flessibile all'interno delle vie urinarie fino a localizzare il calcolo. Una volta raggiunto possiamo polverizzarlo con il nuovo potente super laser pulsato, già recentemente utilizzato per la chirurgia della prostata ». Da oltre quarant'anni il Mauriziano è Centro di riferimento per la diagnostica metabolica e la terapia medica della calcolosi urinaria. Un risultato ottenuto grazie alla collaborazione costante fra la Nefrologia diretta da Corrado Vitale, il laboratorio analisi diretto da Domenico Cosseddu e l'Urologia guidata da Migliari. Tre punte che concorrono al riconoscimento: la Nefrologia è importante Centro di riferimento nazionale per alcune forme di calcolosi rare, il laboratorio analisi è fondamentale per individuare le sostanze di cui sono fatti i calcoli e l'Urologia è diventata Centro di riferimento a livello nazionale per la chirurgia mini-invasiva della litiasi urinaria. « Un altro passo avanti verso il futuro con lo scopo di modernizzare sempre più la tecnologia utilizzata all'ospedale Mauriziano », dichiara il direttore generale, Maurizio Dall'Acqua. — s.str.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

kController Permette movimenti millimetrici dei robot chirurgici



Roma, 20 luglio 2023 - I dati del monitoraggio condotto dall’Agenzia Italiana del Farmaco sui medicinali antivirali orali per il trattamento del Covid-19 durante la pandemia sono stati analizzati in uno studio pubblicato il 13 luglio 2023 sulla rivista scientifica [The Lancet Regional Health - Europe](#).

La pubblicazione è stata accolta con molto interesse dalla comunità scientifica sia per la robustezza e la mole dei dati raccolti tramite i Registri di Monitoraggio AIFA, sia per la metodologia statistica applicata nell’interpretazione dei risultati.

Indagini rigorose condotte su dati robusti acquisiti nella vita reale sono infatti in grado di fornire evidenze cliniche preziose sull’efficacia e la sicurezza di terapie che hanno ottenuto un'autorizzazione per l'uso in emergenza, in seguito ai risultati favorevoli ottenuti da studi clinici randomizzati.

Nell'editoriale

che accompagna la pubblicazione sulla rivista, gli Autori evidenziano infatti che lo studio *“segna un passo importante verso un approccio basato sulle evidenze per il trattamento del Covid-19 nei pazienti ad alto rischio”* e *“fornisce informazioni di dettaglio sull'efficacia dei trattamenti che possono aprire la strada a un approccio più personalizzato alle future strategie terapeutiche”*.

Lo

studio ha confrontato la mortalità nei pazienti Covid-19 trattati con molnupiravir o con nirmatrelvir più ritonavir durante l'era Omicron (tra febbraio e aprile 2022).

“Questo

studio è stato l'occasione per evidenziare nel caso degli antivirali e degli anticorpi monoclonali per il Covid-19 l'importanza del coordinamento tra Ministero della Salute, AIFA e Regioni - sottolinea Pierluigi Russo, direttore dell'Ufficio Registri di Monitoraggio AIFA - nel quale AIFA, grazie a metodologie di analisi statistiche basate sul machine learning, ha fornito un contributo sostanziale, ampliando le opportunità di ricerche future e arricchendo le informazioni disponibili nei processi decisionali”.

Dall'analisi

dei dati è emerso che il trattamento precoce con nirmatrelvir più ritonavir era associato a un rischio significativamente ridotto di mortalità per tutte le cause entro il 28° giorno rispetto a molnupiravir, sia nell'intera popolazione studiata che in alcuni sottogruppi di pazienti, compresi quelli pienamente vaccinati con la dose di richiamo. Di contro, in un sottogruppo dei pazienti per i quali erano disponibili dati di tollerabilità è stata riportata un maggiore frequenza di eventi avversi nella coorte trattata con nirmatrelvir più ritonavir.

“Questo

importante studio evidenzia come l'AIFA svolga non solo funzioni regolatorie, ma sia in grado di dare un sostanziale contributo alla comunità scientifica. - sottolinea Giorgio Palù, Presidente del CdA di AIFA - Si tratta di un lavoro molto significativo non solo perché è stato pubblicato su una rivista altamente qualificata e prestigiosa, ma soprattutto perché unisce il lavoro di dirigenti

e ricercatori dell' Agenzia e del mondo accademico ed assistenziale del SSN. Sfruttando proprio i Registri di monitoraggio si è potuto valutare quello che neanche gli studi pivotali avevano fatto: l'efficacia nel mondo reale di alcuni farmaci. Si è potuto quindi valutare come nirmatrelvir associato a ritonavir e molnupiravir abbiano un effetto differenziato”.

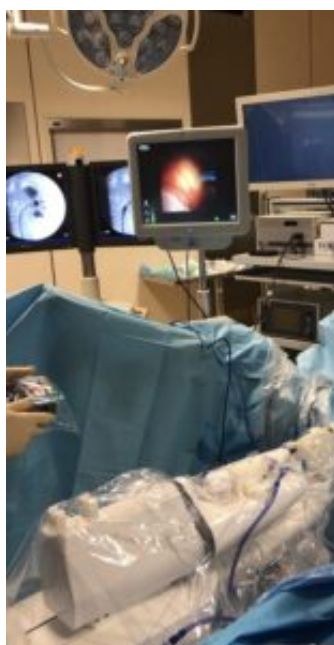
A

giudizio di Palù, si tratta di risultati significativi anche per il futuro di AIFA. “Sono dati importanti per la comunità internazionale - aggiunge il Presidente di AIFA - e che, tra l'altro, fanno emergere il possibile ruolo di AIFA nella sua ottica di riforma, che non è soltanto regolatorio, ma anche quello di favorire un'interazione costruttiva nella prospettiva di tutela della salute tra ricerca, università, società scientifiche e aziende farmaceutiche, anche attraverso un nuovo modo di approcciare la valutazione di medicinali non ancora autorizzati da EMA o da FDA, che hanno dati in una fase ancora preliminare, valutandone i risultati nella pratica clinica”.



**Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano
di Torino**

Presso l'ospedale Mauriziano di Torino un rivoluzionario intervento con il nuovo robot ILY, eseguito in tempo reale utilizzando il noto controller della Sony



Torino, 23 luglio 2023 - Nei giorni scorsi, in sala operatoria all'ospedale Mauriziano di Torino, un cinquantenne paziente cinese, affetto da calcolosi renale complessa, è stato operato dal dott. Roberto Migliari (Direttore della Urologia del Mauriziano) e dalla sua équipe, utilizzando il nuovo robot ILY, nato per la chirurgia endoscopica.

“Questo nuovo robot - afferma il dott. Migliari - presenta un braccio multifunzione che guida con estrema precisione uno strumento endoscopico flessibile all'interno delle vie urinarie fino a localizzare il calcolo. Una volta raggiunto possiamo polverizzarlo con il nuovo potente super laser pulsato, già recentemente

utilizzato per la chirurgia della prostata”.

Lo strumento flessibile utilizzato, che prima veniva comandato a mano, viene teleguidato dal noto “controller” della Playstation, che comunica con il braccio robotico, permettendo all’endoscopio di muoversi con una precisione millimetrica mentre il chirurgo che lo aziona sta lontano dalle radiazioni x (che vengono utilizzate per mostrare la strada da seguire).

“Un altro passo avanti verso il futuro con lo scopo di modernizzare sempre più la tecnologia utilizzata all’ospedale Mauriziano” dichiara il Direttore generale dott. Maurizio Dall’Acqua.

Da oltre 40 anni il Mauriziano è un Centro di riferimento per la diagnostica metabolica e la terapia medica della calcolosi urinaria, grazie alle strette sinergie che esistono tra la Nefrologia (diretta dal dott. Corrado Vitale), importante Centro di riferimento nazionale per alcune forme di calcolosi rare, il Laboratorio Analisi (diretto dal dott. Domenico Cosseddu), fondamentale nelle individuazione delle sostanze di cui sono fatti i calcoli, e l’Urologia (diretta dal dott. Roberto Migliari), braccio armato della lotta alla calcolosi urinaria e che in questi ultimi anni è diventata Centro di riferimento a livello nazionale per la chirurgia mininvasiva della litiasi urinaria.

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 24 LUGLIO 2023

Fofi Week #6: Rinnovare l'Ecm, per una rivoluzione dalla parte degli operatori sanitari

La Fofi impegnata in questo contesto sta chiedendo una riforma radicale del processo di aggiornamento, che premi molto di più la formazione sul campo e le attività che vengono svolte in farmacia.

Il video-editoriale di Fofi Live approfondisce questa settimana con il presidente della Federazione italiana Ordini dei farmacisti italiani (Fofi) **Andrea Mandelli** il tema della formazione continua per i farmacisti, mettendo l'accento sulla necessità di riformare il sistema a favore degli operatori.

“Siamo entrati nel nuovo triennio del programma di informazione continua in medicina – ricorda Mandelli nel nuovo ‘Fofi Week’ - un programma che come sapete è obbligatorio per tutti i farmacisti e per tutta la classe sanitaria italiana. La Federazione è molto impegnata in questo contesto e sta chiedendo una riforma radicale del processo di aggiornamento, che premi molto di più la formazione sul campo e le attività che vengono svolte in farmacia. E anche una maniera diversa di premiare con i crediti le ore di formazione. Ci stiamo facendo promotori con il ministero di questa rivoluzione. Una rivoluzione dolce, una rivoluzione che possa essere dalla parte degli operatori sanitari, una rivoluzione che riesca a far sì che tutto quello che viene fatto normalmente sia riconosciuto come formazione.

Fofi Week #6: Rinnovare l'Ecm, per una rivoluzione dalla pa...



CRONACA

Patologie benigne della tiroide, il Policlinico firma le nuove linee guida europee

Il prof. Alfredo Campennì coordinatore del gruppo di esperti internazionali che hanno redatto le linee guida per il trattamento con iodio-131 di queste malattie dall'elevato impatto epidemiologico



Redazione

24 luglio 2023 09:46



È il professore Alfredo Campennì, dirigente medico della Unità Operativa Complessa di medicina Nucleare del Policlinico “G. Martino”, diretta dal prof. Sergio Baldari, il coordinatore e primo firmatario delle nuove Linee Guida Europee sul trattamento con radioiodio delle patologie benigne della tiroide. Pubblicato pochi giorni fa sull’European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging

(rivista ufficiale ad elevato Impact Factor della Associazione Europea di Medicina Nucleare), si tratta del documento che tutti i professionisti del settore, non solo in Europa, ma nel Mondo, consulteranno sia per la migliore selezione del paziente da avviare al trattamento con iodio-131 sia per avere indicazioni procedurali utili alla sua personalizzazione ed ottimizzazione, in termini di efficacia e sicurezza. Un prezioso strumento di lavoro dal forte sapore internazionale grazie ad una autorevole coordinazione locale.

Il trattamento radiometabolico con iodio-131 è una terapia utile per la cura definitiva delle malattie benigne della tiroide, sia quelle che determinano un aumento della funzione tiroidea [ipertiroidismo da Morbo di Basedow, Gozzo nodulare tossico (M. di Plummer) o Gozzo multinodulare tossico] sia quelle che producono un significativo aumento delle dimensioni della ghiandola per le quali il trattamento chirurgico è sconsigliato o rifiutato.

Un trattamento, quello con lo iodio radioattivo, che nel tempo ha drasticamente diminuito il numero di pazienti per i quali in passato era richiesto l'intervento chirurgico favorendo una riduzione delle complicanze e dei costi sanitari che ne derivavano.

Oggi la pubblicazione delle nuove Linee Guida Europee, il cui aggiornamento mancava dal 2010, approfondisce e chiarisce più aspetti fondamentali: dalla preparazione del paziente, ai calcoli dosimetrici, ai requisiti per la radioprotezione, al follow-up. Un quadro completo ed esaustivo che mette in evidenza “cosa fare” e “come fare”, differenziando l'approccio in base al tipo di patologia da trattare. Un'ampia sezione è dedicata anche alla terapia con radioiodio nei pazienti in età pediatrica. Infine, i possibili effetti collaterali della terapia radiometabolica con iodio-131, come prevenirli e come, eventualmente, trattarli.

“Le linee guida europee - afferma Campenni – tracciano un solco con il proposito di indicare una strada di riferimento non solo per i medici nucleari, ma anche per gli endocrinologi e i medici di medicina generale. È stato per me un onore, coordinare i massimi esperti internazionali del settore, il cui peso scientifico è attestato dal valore e dall'importanza dei loro studi e pubblicazioni. Grazie a questa preziosa sinergia i numerosi colleghi che ogni giorno si confronteranno con il trattamento

delle patologie benigne della tiroide avranno a disposizione da oggi una guida aggiornata”.

Dal palazzo

A Palermo

Direttori generali, la "carica" dei 101 candidati: al via l'esame orale

Ha preso il via oggi negli uffici dell'assessorato regionale alla Salute. A giudicare i candidati una commissione di tre componenti.

 **Tempo di lettura:** 2 minuti



24 Luglio 2023 - di [Michele Ferraro](#)



Trova atti di nascita

Cerca per nome, data, luogo e altro! Trova ora atti di nascita: facilmer gratis.

MyHeritage

[IN.SANITAS](#) > Dal Palazzo

PALERMO. Giorno di esami per gli **aspiranti direttori generali** della Sanità siciliana. Ha preso il via oggi, infatti, la **prova orale** negli uffici dell'assessorato regionale alla Salute. In un'aula al settimo piano- quella dell'Ufficio speciale comunicazione per la Salute- i primi 32 candidati si stanno sottoponendo in ordine alfabetico (dalla lettera "A" di Aliquò alla "D" di Di Blasi) al giudizio della commissione esanimatrice costituita (nella foto di Insanitas) da **Tommaso Pirroni** (Policlinico Gemelli), **Giuseppe Montalto** (Università di Palermo) e **Francesco Enrichens** (Agenas).

Gli orali proseguiranno martedì 25 luglio, mercoledì 26 luglio e si concluderanno giovedì 27 luglio con gli ultimi 5 candidati e il "recupero" di quelli assenti giustificati dei primi tre giorni.

L'avviso che è stato pubblicato nella Gurs Concorsi del 5 gennaio riguarda le 9 Aziende sanitarie provinciali, le 2 Arnas (Garibaldi di Catania e Civico di Palermo), le 3 aziende ospedaliere (Villa Sofia-Cervello a Palermo, Papardo a Messina e Cannizzaro a Catania), i 3 Policlinici (Palermo, Catania e Messina) e l'Irccs Bonino Puleio di Messina.

Impara l'inglese. 6 mesi in regalo. Comincia oggi stesso

Vai all'offerta

-30%	-44%		-20%	-30%	
	-42%	-50%	-9%		
	ACQUISTA				
-25%	-50%	-50%	-32%	-21%	




L'inizio della prova di Vincenzo Barone (foto Insanitas)

Le istanze pervenute all'assessorato alla Salute **sono state 102**, mentre agli orali i convocati sono 101. Alla nomina dei nuovi direttori generali si provvederà- previa delibera della giunta regionale e previo parere della competente Commissione legislativa dell'Ars- con **decreto** del presidente della Regione su proposta dell'assessore regionale per la Salute, che nell'ambito della rosa precedentemente sottoposta dalla **Commissione regionale** individuerà il candidato il cui profilo è maggiormente

MENU

Cerca...



 [Stampa questo articolo](#)

Tag:

Palermo, cade in moto da un dirupo: ragazza grave a Villa Sofia



La ragazza a bordo di una Kawasaki è scivolata mentre scendeva da Monte Pellegrino

VIA BONANNO di Redazione

24 LUGLIO 2023, 09:12

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

PALERMO – Una ragazza di 19 anni, Cecilia P., ieri è finita giù in un dirupo in via Pietro Bonanno, alle falde di Monte Pellegrino, a Palermo. La ragazza a bordo di una Kawasaki mentre scendeva da Monte Pellegrino è scivolata.

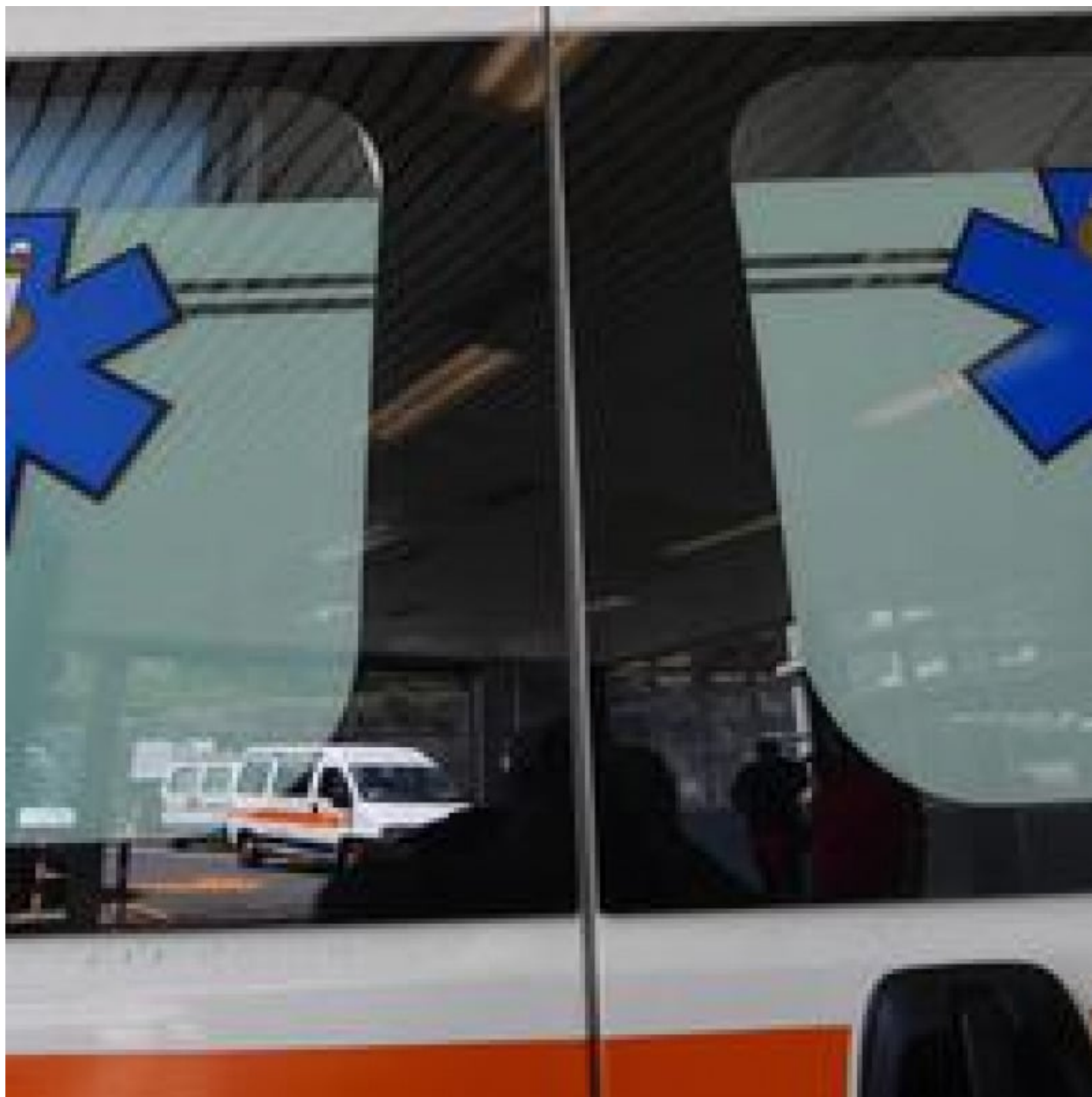
La grossa moto è rimasta nell'asfalto mentre lei ha fatto un volo ed è finita oltre il muretto che delimita la carreggiata, cadendo nel vuoto in mezzo agli alberi e alla vegetazione. Un volo di oltre quattro metri.

A recuperare la ragazza e affidarla ai sanitari del 118 i vigili del fuoco che l'hanno imbracata in una barella. La motociclista è finita in ospedale a Villa Sofia con diverse fratture. La prognosi è riservata. I rilievi sono stati eseguiti dagli agenti della polizia municipale.

Incidente sul lavoro nel cantiere del nuovo ospedale della Sibaritide. Grave un operaio

di Anna Russo

24 LUGLIO 2023



Incidente questa mattina nel cantiere del costruendo nuovo ospedale della Sibaritide. Per cause in corso di accertamento un lavoratore è rimasto

gravemente ferito. Sul posto un'ambulanza del 118 e i carabinieri del reparto territoriale di Corigliano Rossano

Incendio nel Palermitano, case minacciate, abitanti in fuga

ORE DI FUOCO NELLA ZONA DEL MONREALESE

di Redazione | 24/07/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

Brucia ancora [Monreale, nel Palermitano](#), con un incendio devastante che ha minacciato anche alcune case. Un vasto rogo si è sviluppato nell'area vicina al cimitero e ha finito per lambire le abitazioni della parte bassa di via Pietro Novelli. Già nelle scorse ore le fiamme si erano sviluppate nella zona più a nord, alcuni residenti hanno abbandonato le proprie case per mettersi al sicuro dall'incendio.

Leggi Anche:

Numerosi incendi in Sicilia, interventi di forestali e vigili del fuoco

Interventi anche dei canadair

Al lavoro ci sono quattro squadre dei vigili del fuoco del comando provinciale, la [forestale](#) e i mezzi aerei. Il rogo interessa infatti anche zone particolarmente impervie, difficilmente raggiungibili via terra. In queste ore di caldo record fiamme anche a Baida, Partinico e San Giuseppe Jato, sempre in provincia di Palermo, dove per la giornata di [oggi 24 luglio l'allerta](#) incendi della protezione civile è rossa. Bollino rosso anche per le province di Enna e Trapani.

Ieri altra giornata campale

Sono stati cinquanta, nella giornata di ieri, gli interventi per incendi a Palermo e provincia. I vigili del fuoco hanno lavorato tutto il giorno insieme ai forestali per spegnere decine di roghi appiccati. L'[intervento più grosso a Baida](#), nel capoluogo siciliano. I pompieri hanno evitato che le fiamme arrivassero alle abitazioni. Altri incendi a Partinico, Misilmeri, Bagheria, Balestrate e Trappeto.

Devastata la riserva nel Nisseno

Un grosso incendio ieri ha colpito la riserva naturale orientata "[Lago Soprano](#)" di [Serradifalco](#), in provincia di Caltanissetta. Distrutti canneto e diverse abitazioni del circondario. "È profondissimo il dispiacere per l'accaduto – dice il presidente del consiglio comunale Daniele Territo – ma il sentimento più triste è l'impotenza dinanzi a tale episodio. Distrutto tutto: case, campagne, canneto, per non parlare dei

danni a piante ed animali. Un danno immenso, una catastrofe dovuta alla storica incuria e negligenza – denuncia Territo – dell’Ente Gestore (ex Provincia) che non ha mai provveduto alla prevenzione di simili eventi. Tutta la mia vicinanza ai proprietari delle abitazioni e delle terre distrutte”.

Ripartenza in bilico

AEROPORTO FONTANAROSSA: IL CASO ESPLODE E DIVENTA NAZIONALE

Mattia Gangi

lunedì 24 Luglio 2023



La **situazione di stallo** in cui si trova, ancora oggi, l'**Aeroporto di Fontanarossa** sta per degenerare, creando **danni importanti** all'intero settore del **turismo siciliano**. Gli aeroporti di **Palermo, di Trapani e di Comiso** sono da giorni allo **stremo** e non è chiaro per quanto riusciranno a gestire, con gli annessi disagi, l'enorme traffico di Catania.

Anche gli aiuti che erano stati annunciati, come pare, stentano a prendere forma: l'utilizzo dell'aeroporto militare di **Sigonella** è ancora un'idea di cui si discute, mentre **l'Aeronautica Militare** – nel frattempo – ha attivato alcuni tendoni nel Terminal C di Fontanarossa pensati per supportare le attività aeroportuali.

Questo scenario, decisamente poco rassicurante, ha smosso i deputati nazionali della **Commissione Trasporti della Camera** che, questa mattina, sono arrivati a Catania per capire cosa sta succedendo e, soprattutto, per mettere un piede sull'acceleratore delle operazioni di **ripristino dello scalo**.

Il presidente della Commissione, **Salvatore Deidda di Fratelli d'Italia**, insieme agli altri componenti avrà il compito di osservare e mettere nero su bianco un **report dettagliato**, da presentare al Parlamento nazionale, che fornisca elementi per eventuali iniziative da intraprendere quanto prima.

La visita, che è stata annunciata dal segretario regionale del Pd (e componente della Commissione) **Anthony Barbagallo**, è l'ulteriore segnale che la questione ha smesso di avere le dimensioni di una **spiacevole vicenda locale** e, sotto la pressione di turisti, cittadini, tour operator, albergatori ed esercenti si sta allargando a macchia d'olio sino a **scomodare ministri e parlamentari**.

L'arrivo della delegazione non giunge però in un **clima politico rilassato**, soprattutto all'interno della maggioranza che governa, come sappiamo, sia a Roma che in Sicilia. Il ministro delle **Imprese e del Made in Italy**, il patriota **Adolfo Urso**, per descrivere ciò che sta avvenendo a Catania non ha usato mezzi termini parlando di "**situazione intollerabile**" e dichiarando di voler chiedere "**spiegazioni a Sac e Enac**".

*"Ormai è evidente che ci sia stata una **mancata programmazione** e che siano state carenti le verifiche sui programmi infrastrutturali, annunciati e mai realizzati – ha detto Urso – **il danno al sistema produttivo di Catania e della Sicilia orientale è grave**, sia per l'impatto immediato, e non solo sul campo turistico nel pieno della stagione, sia per quello reputazionale, che rischia di perdurare nel tempo. È passata una settimana e ancora non è chiaro quando ritorneremo alla cosiddetta normalità. Né sappiamo cosa si intenda fare per recuperare i ritardi nel programmare lo sviluppo di un aeroporto ormai sovraccarico".*

Giorgio Assenza, capogruppo di Fdl all'Ars, chiarisce come sia necessario che Sac cambi direzione a favore di un **potenziamento di Comiso** che eviti, appunto, situazioni come queste. Quella di voler risolvere prioritariamente la crisi, del resto, è la posizione di **Fratelli d'Italia** che, come spiegano fonti interne al partito, preme per una costante **collaborazione tra governo nazionale e amministrazioni locali**.



Le parole di Urso, tuttavia, non sono state lette in questo senso dal presidente della Regione, **Renato Schifani**, che nella giornata di ieri ha inoltrato alla stampa una **nota al vetriolo**.

Sul caso è intervenuto, anche il ministro dei Trasporti Matteo Salvini che si è detto pronto a convocare un tavolo sull'emergenza Fontanarossa. *"Da parte del Mit – si legge in una nota del ministro – è confermato il **pieno spirito collaborativo**, anche se la competenza diretta sulla gestione dell'aeroporto di Catania non è del dicastero di Porta Pia. Salvini ribadisce la disponibilità a mettere a disposizione anche un supporto tecnico per fare piena luce sulla situazione"*.

A prescindere da scontri e polemiche, insomma, è evidente che qualcuno dovrà **rispondere del black-out** (metaforico, e non) in cui è piombata la situazione nelle ore più calde per un settore, oggi, più necessario che mai.

Si dovrà capire cosa è andato storto, cosa sarebbe dovuto accadere e non è accaduto, quali sono state le leve che non sono state tirate e quelle che, anche se tirate, non hanno prodotto gli effetti previsti. **Si dovrà fare, ma non oggi**. La cosa che importa, adesso, è **far ripartire lo scalo** e riportarlo alla normalità.

Fontanarossa, il giorno della verità: la Sicilia vuole sapere



Una settimana fa l'incendio in aeroporto. Nel mezzo: il caos voli, un'inchiesta della Procura, polemiche e scontri istituzionali

CATANIA di Anthony Distefano

24 LUGLIO 2023, 05:01

0 Commenti Condividi

3' DI LETTURA

CATANIA – Che quelli di questo inizio di settimana non sarebbero stati i giorni capaci di riportare tutto alla normalità, lo si era capito già quando si era azzardata una possibile data di riapertura a pieno regime dell'aeroporto. Non vi era stato alcun annuncio ufficiale, per la verità. Ma l'individuazione di un arco temporale plausibile, quello sì. Morale: il caos permane inevitabilmente e la pazienza degli utenti è più che messa a durissima prova. Nel mezzo, c'è la politica che ha deciso, almeno fino ad oggi, di fare quasi da spettatrice o, quando non lo fa, di celebrare uno scontro istituzionale ai livelli più alti.

La visita della Commissione parlamentare Trasporti

In questo clima rovente (e non certo per via delle altissime temperature) nella tarda mattina di oggi, intanto, arriva la Commissione parlamentare Trasporti con il compito dichiarato “di verificare in presenza lo stato dell’arte e l’evoluzione dei lavori nell’aerostazione e riscontrare, inoltre, anche le criticità e i miglioramenti che si possono apportare dopo l’incendio divampato domenica scorsa che ha generato la chiusura della struttura con conseguente congestione del traffico aereo e notevoli disagi per utenti, passeggeri, turisti stranieri e non”.

La Sicilia vuole sapere

Quello che emergerà dal sopralluogo di stamane dovranno farlo conoscere i diretti protagonisti.

Perchè c’è una Sicilia (non solo una città) che si interroga su cosa stia accadendo.

Perchè c’è una Sicilia che vede i suoi scali aeroportuali al collasso per via di un sovraccarico del quale ognuno dei singoli aeroporti (Trapani, Palermo, Comiso) non può farsi carico.

Perchè c’è un danno economico da 40 milioni di euro al giorno (la stima è di Assoesercenti Sicilia) che non può essere derubricato come un effetto collaterale all’incendio del Terminal Arrivi.

L’inchiesta della Procura

Nel frattempo, prosegue parallelamente anche l’inchiesta della Procura della Repubblica di Catania su quanto avvenuto la notte di esattamente una settimana fa.

Una indagine, manco a dirlo, che vede bocche cucite da parte degli investigatori e con il fascicolo monitorato di persona dal Procuratore Zuccaro: ma quello che è acclarato è che l’incendio non è di matrice dolosa.

Guarda anche

Schifani: ok da
Crosetto
all’uso di
Sigonella per i
voli di Catania

Botta e risposta Urso-Schifani

Ma che nell’aria ci sia un nervosismo tutto’altro che celato, è confermato dalla giornata di ieri. Una domenica che ha visto un duro scontro a distanza tra il Ministro Urso ed il Governatore Schifani.

“Sinceramente non capisco la reazione del presidente Schifani davvero scomposta nei toni e nei modi, che evoca chissà quali vicende localistiche che non appartengono alle mie valutazioni. Io mi sono riferito esclusivamente alla programmazione infrastrutturale che spettava a Sac, ha provato a chiudere la polemica il titolare del dicastero al Made in Italy.

Poco prima, il Presidente Schifani gli aveva risposto (“Quella di Catania è una situazione intollerabile”, aveva detto Urso) parecchio infastidito: “Il ministro Adolfo Urso, preferisce alimentare sterili polemiche adombrando dubbi su carenze infrastrutturali di un sistema aeroportuale che, ricordo al ministro, sino alla vigilia dell’incidente individuava in Fontanarossa un significativo hub internazionale, sia sotto il profilo dei movimenti aerei e passeggeri, che sulla qualità dei servizi di terra”.

Comincia una nuova giornata. Con la soluzione della vicenda che sembra ancora parecchio lontana.

L'elenco dei voli di oggi dirottati da Catania a Palermo e Comiso



La riprogrammazione delle tratte sugli scali aeroportuali

L'EMERGENZA di Redazione CT

24 LUGLIO 2023, 10:32

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

CATANIA – Rimodulati, anche per la giornata di oggi, i voli riguardanti l'aeroporto di Fontanarossa. Di seguito l'elenco delle tratte spostate tra Palermo e Comiso.

L'elenco dei voli su Palermo



Data	Codice IATA 2	Codice IATA 3	Vettore	Numero Volo	DA/PER	Tipo Tratta	Tipo Volo	STA	A/C	Posti offer
24/7/23	HV	TRA	TRANSAVIA	05215	AMS	Internazionale	Linea	7:55	73H	189
24/7/23	W6	WZZ	WIZZ AIR	01453	WAW	Internazionale	Linea	7:55	321	230
24/7/23	6H	ISR	ISR AIR AIRLINE	00335	TLV	Internazionale	Linea	8:25	320	180
24/7/23	EW	EWG	EUROWINGS	09814	DUS	Internazionale	Linea	8:55	319	150
24/7/23	SM	MSC	AIR CAIRO	02808	CAI/FCO	Internazionale	Charter	14:30	320	174
24/7/23	EW	EWG	EUROWINGS	09816	DUS	Internazionale	Linea	17:50	32A	180
24/7/23	TK	THY	TURKISH AIRLINES	01375	IST	Internazionale	Linea	18:20	73H	165
24/7/23	EW	EWG	EUROWINGS	02818	STR	Internazionale	Linea	20:10	32A	180
24/7/23	W6	WZZ	WIZZ AIR	01454	WAW	Internazionale	Linea	8:30	321	230
24/7/23	HV	TRA	TRANSAVIA	05216	AMS	Internazionale	Linea	8:50	73H	189
24/7/23	6H	ISR	ISR AIR AIRLINE	00336	TLV	Internazionale	Linea	9:25	320	180
24/7/23	EW	EWG	EUROWINGS	09815	DUS	Internazionale	Linea	9:40	319	150
24/7/23	SM	MSC	AIR CAIRO	02808	LXR	Internazionale	Charter	15:15	320	174
24/7/23	EW	EWG	EUROWINGS	09817	DUS	Internazionale	Linea	18:40	32A	180
24/7/23	TK	THY	TURKISH AIRLINES	01376	IST	Internazionale	Linea	19:20	73H	165
24/7/23	EW	EWG	EUROWINGS	02819	STR	Internazionale	Linea	21:00	32A	180

L'elenco dei voli su Comiso

Lunedì 24/07/2023

Vettore	Volo Arr	Volo Part.	Posti	AM	Da	STA	STD	Per
WIZZAIR		W4 08201	239	32Q			07:10	TRN (Aeroporto di Torino)
AEROITALIA		XZ 03810	148	737			07:15	FCO (Aeroporto di Fiumicino)
EASYJET	EC 04107	EC 04108		320	NAP (Aeroporto di Napoli)	08:05	08:40	NAP (Aeroporto di Napoli)
EASYJET	EC 03535	EC 03536		320	MXP (Aeroporto di Malpensa)	08:55	09:30	MXP (Aeroporto di Malpensa)
WIZZAIR	W4 00802	W4 08183	239	32Q	FCO (Aeroporto di Fiumicino)	09:10	10:15	BLQ (Aeroporto di Bologna)
DANISH AIR TRANSPORT	DX 01846	DX 01845	66	AT73	LMP (Aeroporto di Lampedusa)	09:35	10:40	LMP (Aeroporto di Lampedusa)
EASYJET	EC 05077	EC 05078		320	BER (Aeroporto di Berlino)	10:15	10:50	BER (Aeroporto di Berlino)
AEROITALIA	XZ 03811	XZ 03824	148	737	FCO (Aeroporto di Fiumicino)	10:35	11:05	BGY (Aeroporto di Bergamo)
VOLOTEA	V7 01745	V7 01702		320	VRN (Aeroporto di Verona)	12:45	13:15	AOI (Aeroporto di Ancona)
DANISH AIR TRANSPORT	DX 01842	DX 01841	66	AT73	LMP (Aeroporto di Lampedusa)	13:30	14:10	LMP (Aeroporto di Lampedusa)
WIZZAIR	W4 08184	W4 05578	239	32Q	BLQ (Aeroporto di Bologna)	14:15	15:00	LIN (Aeroporto di Linate)
AEROITALIA	XZ 01103	XZ 01104	148	737	BGY (Aeroporto di Bergamo)	15:05	16:05	BGY (Aeroporto di Bergamo)
VOLOTEA	V7 01703	V7 01744		320	AOI (Aeroporto di Ancona)	16:45	17:15	VRN (Aeroporto di Verona)
WIZZAIR	W4 08202		239	32Q	TRN (Aeroporto di Torino)	16:45		
VOLOTEA	V7 01705	V7 01704		320	FLR (Aeroporto di Firenze)	16:50	17:25	FLR (Aeroporto di Firenze)
EASYJET	EC 03545	EC 03546		320	MXP (Aeroporto di Malpensa)	17:50	18:25	MXP (Aeroporto di Malpensa)
DANISH AIR TRANSPORT	DX 01844	DX 01843	66	AT73	LMP (Aeroporto di Lampedusa)	19:00	19:40	LMP (Aeroporto di Lampedusa)
WIZZAIR	W4 05577	W4 05586	239	32Q	BLQ (Aeroporto di Bologna)	19:20	20:05	LIN (Aeroporto di Linate)
AEROITALIA	XZ 03825		148	737	BGY (Aeroporto di Bergamo)	20:30		
EASYJET	EC 04111	EC 04112		320	NAP (Aeroporto di Napoli)	20:50	21:25	NAP (Aeroporto di Napoli)
EASYJET	EC 03547	EC 03548		320	MXP (Aeroporto di Malpensa)	21:25	22:00	MXP (Aeroporto di Malpensa)
Martedì 25/07/2023								
WIZZAIR	W4 05585		239	32Q	LIN (Aeroporto di Linate)	00:25		

Tags: aeroporto di catania

24 LUGLIO 2023, 10:32

0 Commenti Condividi

Vedi anche

Sciopero dei trasporti, lunedì nero in tutta Italia: gli orari città per città

La protesta indetta dal sindacato Usb riguarda i lavoratori del trasporto pubblico locale in diverse città italiane: Da Roma a Milano, passando per Napoli e le proteste nelle varie regioni, ecco tutto quello che c'è da sapere



Redazione

24 luglio 2023 09:44



Foto di repertorio

Nuova settimana, nuovo sciopero. Disagi in vista per chi si sposta con i mezzi pubblici: nella giornata di oggi, lunedì 24 luglio, è previsto uno sciopero che coinvolge i lavoratori del trasporto pubblico locale. Per questo motivo, in diverse città italiane, la protesta indetta dal sindacato Usb potrebbe causare ritardi e problemi a chi si sposta con bus, metro e treni. Come specifica il portale dedicato del ministero delle infrastrutture e dei trasporti, l'agitazione è stata proclamata lo

scorso 10 luglio e durerà 4 ore. La protesta è organizzata con modalità territoriali, quindi l'orario potrebbe differire da città a città: da Milano a Roma, passando per Napoli e le proteste locali, ecco tutti gli orari.

Lo sciopero a Milano: si fermano i lavoratori Trenord

A Milano non si annunciano disagi per metropolitane, autobus e tram Atm, che ha fatto sapere di non aver ricevuto adesioni, mentre potrebbe essere una giornata decisamente molto più completa per chi utilizza i treni. Lo sciopero inizierà alle 9 e riguarderà i convogli Trenord che circolano sulla rete Ferrovienord - i cui lavoratori potranno incrociare le braccia - e sui binari gestiti da Ferrovienord e la stessa Trenord. "Dalle ore 09:01 alle ore 13:00 di lunedì 24 luglio è previsto uno sciopero al quale potrebbe aderire esclusivamente il personale del gestore dell'infrastruttura Ferrovienord e che potrà generare ripercussioni sul servizio offerto da Trenord", si legge in una nota della società che gestisce il servizio ferroviario regionale.

La nota chiarisce anche le linee a rischio: "Saranno interessati i treni circolanti esclusivamente su rete Ferrovienord", ha chiarito l'azienda di piazzale Cadorna. E quindi: "Milano Cadorna – Canzo/Asso, Como Lago/Novara Nord/Laveno/Varese, Brescia/Iseo – Edolo, le linee suburbane S2, S3 ed S4 e per il tratto gestito anche da Ferrovienord le linee suburbane S1, S9 e "S13". Coinvolti anche i collegamenti aeroportuali tra Milano e Malpensa. Non sono interessati dallo sciopero - ha sottolineato Trenord - "i treni circolanti unicamente sulla rete ferroviaria Rfi, ma saranno possibili ripercussioni sulle linee a gestione mista S1 Saronno - Milano Passante - Lodi, S9 Saronno - Seregno - Milano - Albairate" e "S13 Milano Bovisa – Pavia". "Si precisa che i treni circolanti esclusivamente sulle linee FerrovieNord, con partenza prevista dalla stazione di origine entro le ore 9:00 arriveranno fino alla destinazione finale", conclude la nota. Soltanto per i collegamenti aeroportuali sono previsti bus sostitutivi.

Roma, a rischio anche bus, tram e metro

Se in Lombardia potrebbe fermarsi soltanto il personale Trenord, a Roma lo sciopero interesserà i dipendenti Atac, Roma Tpl e Cotral. Coinvolti dunque autobus, tram, filobus, metro, ferrovie ex concesse e i pullman del collegamento

extraurbano. Potrebbe essere un lunedì “nero” per chi a Roma si muove con i mezzi pubblici. Lo sciopero avrà una durata di quattro ore, dalle 8.30 alle 12.30. Il servizio sarà garantito sino alle ore 8.29. Poi nessuna garanzia sull’intera rete con la ripresa del servizio prevista alle ore 12.30. Durante lo sciopero di oggi, nelle stazioni della rete metroferroviaria che resteranno eventualmente aperte non sarà garantito il servizio di scale mobili, ascensori e montascale, né il servizio delle biglietterie. I parcheggi di interscambio invece resteranno aperti.

Ecco l'elenco completo delle linee bus della linea RomaTpl interessate dallo sciopero: 08, 011, 013, 013D, 017, 018, 022, 023, 024, 025, 027, 028, 030, 031, 032, 033, 035, 036, 037, 039, 040, 041, 042, 048, 049, 051, 053, 054, 055, 056, 057, 059, 066, 074, 078, 081, 086, 088, 135, 146, 213, 218, 226, 235, 314, 339, 340, 343, 349, 404, 437, 441, 444, 445, 447, 502, 503, 505, 541, 543, 546, 548, 552, 555, 557, 657, 660, 663, 665, 701, 702, 710, 711, 721, 763, 763L, 764, 767, 771, 777, 778, 787, 789, 808, 889, 892, 907, 908, 912, 982, 985, 992, 993, 998, 999, C1 e C19.

La protesta a Napoli dalle 9 alle 13

A Napoli Anm dalle ore 9.00 alle ore 13.00 l'eventuale interruzione del servizio verrà gestita nel rispetto delle fasce di garanzia con le seguenti modalità:

Funicolari: Centrale, Montesanto e Mergellina ultima corsa del mattino garantita alle ore 9.20. Il servizio riprende con la prima corsa pomeridiana delle ore 13.20. Impianto di Chiaia chiuso. Attivo servizio navetta NC (segue fasce garanzia bus).

Metro Linea 1: ultima corsa del mattino garantita da Piscinola alle ore 9.10 e da Garibaldi alle ore 9.10. Il servizio riprende con la prima corsa pomeridiana da Piscinola alle ore 13.50 e da Garibaldi alle ore 14.30.

Linee di Superficie: (tram, bus, filobus) stop al servizio dalle ore 9:00 alle ore 13:00. Le ultime partenze saranno effettuate circa 30 minuti prima l’inizio dello sciopero per riprendere circa 30 minuti dopo la fine dello sciopero.

Sciopero anche per Busitalia

BusItalia informa che la Segreteria Regionale della O.S. USB Lavoro Privato ha aderito all'azione di sciopero nazionale di 4 ore del Trasporto Pubblico Locale, indetto dalla USB Nazionale, proclamato per lunedì 24 luglio con la seguente modalità oraria territoriale: dalle ore 9:00 alle ore 13:00. Lo sciopero si svolgerà nel rispetto della fascia mattinata di garanzia del servizio (dalle ore 6:30 alle ore 9:00). Possibili disagi potrebbero verificarsi nella fascia oraria 9-13.

Stop di otto ore in Liguria

Protesta più lunga in Liguria, dove dalle ore 9:01 alle ore 17:00 del 24 luglio 2023 è indetto uno sciopero di 8 ore del personale di RFI della Circolazione Area Genova. Lo sciopero potrà comportare modifiche al servizio anche prima dell'inizio e dopo la sua conclusione. Ricordiamo che nel trasporto regionale dei treni sono istituiti i servizi essenziali nelle fasce orarie di maggiore frequentazione, dalle ore 6:00 alle ore 9:00 e dalle ore 18:00 alle ore 21:00 dei giorni feriali.

La protesta in Toscana

Anche Autolinee Toscane aderisce allo sciopero di quattro ore di oggi indetto dal sindacato Usb. Questo sciopero nazionale si aggiunge a quello locale, in alcune aree della toscana, previsto per sabato 22 luglio. Lo sciopero nazionale coinvolge i bacini urbani ed extraurbani di Firenze, Pistoia, Prato, Lucca, Massa e Livorno e, in queste aree, il servizio dei bus potrà subire ritardi o cancellazioni di corse. Il servizio non sarà garantito dalle ore 17:45 alle 21:45. Per impiegati e operai le modalità dello sciopero sono le ultime 4 ore del turno di lavoro. La presenza o meno del servizio durante lo sciopero, nonché la presenza di personale alle biglietterie, dipenderà dal grado di adesione. La percentuale di adesione all'ultimo sciopero del 04/02/2022, a cui aderì Cobas, Usb e Fast SLM, fu del 22,72%.

Emilia Romagna, stop a Bologna e Ferrara

Per quanto riguarda l'Emilia Romagna, ad aderire allo sciopero sarà Tper (Trasporto Passeggeri Emilia-Romagna), che si occupa del servizio alle città di Bologna e

Ferrara: la mobilitazione si svolgerà dalle ore 11:30 alle ore 15:30. In tale fascia oraria non saranno garantiti il trasporto pubblico urbano, il suburbano e l'extraurbano. Anche il personale delle biglietterie è coinvolto, dunque nella suddetta fascia oraria i punti Tper potrebbero essere chiusi.

Lo sciopero nelle Marche

Infine, incroceranno le braccia nella giornata di oggi anche i lavoratori della Start, la società a che gestisce il servizio di trasporto pubblico ad Ascoli Piceno, Riviera delle Palme e Fermo. Garantite le corse in partenza dai capolinea dalle ore 05:30 alle ore 10:59 e dalle ore 15:01 fino a conclusione del servizio. Per avere maggiori informazioni sugli orari dello sciopero di lunedì 24 luglio 2023 nelle altre città si consiglia vivamente di fare riferimento ai siti internet e ai profili social delle aziende del trasporto pubblico locale, dove vengono fornite tutte le informazioni del caso.

Conferenza sul Mediterraneo, 21 leader a Roma

BY LA REDAZIONE | 24 LUGLIO 2023 ⁰
IN EVIDENZA

I leader dei Paesi di partenza e di quelli d'arrivo, ma anche rappresentanti delle monarchie del Golfo oltre all'Unione Africana, i vertici europei e le istituzioni finanziarie internazionali si sono ritrovati a Roma per la 'Conferenza internazionale su sviluppo e migrazioni', l'evento organizzato dal governo italiano nel palazzo della Farnesina con l'obiettivo di "avviare un percorso internazionale per attuare misure concrete volte alla crescita e allo sviluppo del Mediterraneo allargato e dell' 'Africa'".

In sostanza, il primo passo verso l'elaborazione di quel Piano Mattei che l'Italia illustrerà a novembre in occasione della Conferenza Italia-Africa, hanno spiegato fonti diplomatiche.

Prima dell'inizio dei lavori, la premier Giorgia Meloni ha incontrato il presidente tunisino, Kaïs Saïed: "Questo è l'inizio di un percorso", ha spiegato la premier. "Tunisia e Italia hanno un futuro in comune", gli ha risposto Saïed.

E, intervistato dalla Stampa, il ministro degli Esteri, Antonio Tajani, ha spiegato obiettivi e metodo. La questione africana, ha osservato, va affrontata attraverso una strategia di investimenti ampia, con impegni concreti e "occhio da amico e non da colonizzatore". Non si vuole essere predatori dell'Africa, nessuno deve morire nel deserto né ci si può limitare ad operazioni di polizia. Il piano Mattei è un elemento importante, ma serve un piano di finanziamenti che si allarghi all'Ue, ai Paesi del Golfo, e magari alla Turchia e agli Usa. "Altrimenti non si va lontani", spiega.

Nel giorno della Conferenza è intanto arrivato il forte richiamo del Papa sul dramma che continua a consumarsi per i migranti nella parte settentrionale dell'Africa. "Migliaia di essi, tra indicibili sofferenze, da settimane sono intrappolati e abbandonati in aree desertiche", ha detto Francesco all'Angelus. Nel suo appello, Francesco si è rivolto in particolare ai capi di Stato e di governo europei e africani affinché si presti loro urgente soccorso e assistenza. "Il Mediterraneo non sia mai più teatro di morte e di disumanità – ha aggiunto il Papa -. Il Signore illumini le menti e i cuori di tutti, suscitando sentimenti di fraternità solidarietà e accoglienza".

Conferenza sul Mediterraneo, 21 leader a Roma

BY LA REDAZIONE | 24 LUGLIO 2023 ⁰
IN EVIDENZA

I leader dei Paesi di partenza e di quelli d'arrivo, ma anche rappresentanti delle monarchie del Golfo oltre all'Unione Africana, i vertici europei e le istituzioni finanziarie internazionali si sono ritrovati a Roma per la 'Conferenza internazionale su sviluppo e migrazioni', l'evento organizzato dal governo italiano nel palazzo della Farnesina con l'obiettivo di "avviare un percorso internazionale per attuare misure concrete volte alla crescita e allo sviluppo del Mediterraneo allargato e dell' 'Africa'".

In sostanza, il primo passo verso l'elaborazione di quel Piano Mattei che l'Italia illustrerà a novembre in occasione della Conferenza Italia-Africa, hanno spiegato fonti diplomatiche.

Prima dell'inizio dei lavori, la premier Giorgia Meloni ha incontrato il presidente tunisino, Kaïs Saïed: "Questo è l'inizio di un percorso", ha spiegato la premier. "Tunisia e Italia hanno un futuro in comune", gli ha risposto Saïed.

E, intervistato dalla Stampa, il ministro degli Esteri, Antonio Tajani, ha spiegato obiettivi e metodo. La questione africana, ha osservato, va affrontata attraverso una strategia di investimenti ampia, con impegni concreti e "occhio da amico e non da colonizzatore". Non si vuole essere predatori dell'Africa, nessuno deve morire nel deserto né ci si può limitare ad operazioni di polizia. Il piano Mattei è un elemento importante, ma serve un piano di finanziamenti che si allarghi all'Ue, ai Paesi del Golfo, e magari alla Turchia e agli Usa. "Altrimenti non si va lontani", spiega.

Nel giorno della Conferenza è intanto arrivato il forte richiamo del Papa sul dramma che continua a consumarsi per i migranti nella parte settentrionale dell'Africa. "Migliaia di essi, tra indicibili sofferenze, da settimane sono intrappolati e abbandonati in aree desertiche", ha detto Francesco all'Angelus. Nel suo appello, Francesco si è rivolto in particolare ai capi di Stato e di governo europei e africani affinché si presti loro urgente soccorso e assistenza. "Il Mediterraneo non sia mai più teatro di morte e di disumanità – ha aggiunto il Papa -. Il Signore illumini le menti e i cuori di tutti, suscitando sentimenti di fraternità solidarietà e accoglienza".

Maggior tutela o mercato libero: le differenze. Guida alla scelta più adatta a ciascun utente

Luce e gas al test di convenienza

Prezzo fisso, variabile o per fasce di consumi: l'offerta varia

Pagina a cura

DI IRENE GREGUOLI VENINI

Anche per gli utenti domestici si sta avvicinando il momento del passaggio obbligato al mercato libero dell'energia, dove le condizioni economiche per l'elettricità e il gas saranno quelle proposte dai diversi operatori. Sarà quindi necessario scegliere l'offerta che più si addice alle proprie esigenze, considerando che il panorama è variegato, presentando per esempio soluzioni a prezzo fisso o variabile, o differenziato per scaglioni di consumo, o congiunte per la luce e il gas, senza dimenticare che ci sono anche i gruppi di acquisto. Ecco una piccola guida alla scelta.

La differenza tra la maggior tutela e il mercato libero. Le forniture attive nel regime di maggior tutela (detto anche mercato tutelato o servizio tutelato) presentano un costo dell'energia elettrica che si aggiorna ogni tre mesi secondo quanto stabilito da Arera sulla base dell'evoluzione che viene registrata dal mercato all'ingrosso e da tutti i fattori che regolano il settore energetico italiano. Questo aggiornamento può essere vantaggioso o svantaggioso per il cliente.

Nel mercato libero, invece, le condizioni economiche e contrattuali delle offerte per la fornitura di energia elettrica e di gas naturale sono predisposte dalla società di vendita. Il cliente che aderisce al mercato libero sceglie il venditore e il tipo di offerta più adatta alle proprie esigenze.

Le proposte del mercato libero possono essere a prezzo fisso o variabile: le soluzioni tariffarie a prezzo fisso presentano un prezzo dell'energia fisso e bloccato per un periodo di tempo determinato dalle condizioni contrattuali (pari ad almeno 12 mesi); al termine del periodo di prezzo bloccato, il fornitore potrà adeguare il prezzo in base all'andamento del mercato all'ingrosso.

Oppure ci sono le offerte a prezzo variabile, che prevedono che il prezzo cambi con una certa periodicità predefinita (mensile o trimestrale) e in base a un indice di riferimento (come il **Pun-Prezzo** unico nazionale oppure il prezzo Arera stabilito nel mercato tutelato).

C'è da tenere presente che le offerte a prezzo fisso sono quelle che garantiscono una certa protezione con-

tro i rincari futuri, mentre quelle a prezzo variabile consentono l'accesso al prezzo dell'energia del mercato all'ingrosso oppure al prezzo Arera (scontato di una certa percentuale fissa stabilita dal fornitore) ma subiscono variazioni più frequenti.

Le tempistiche del passaggio. La normativa ha previsto il progressivo passaggio dal mercato tutelato a quello libero, indicando le date dalle quali i servizi di tutela di prezzo non saranno più disponibili.

Per la fornitura di energia elettrica delle piccole imprese e delle microimprese con potenza impegnata superiore a 15 kW, la tutela di prezzo è terminata il primo gennaio 2021: per garantire la continuità della fornitura alle piccole imprese che si trovano senza un contratto nel mercato libero, l'Autorità ha definito la regolazione del servizio a tutele graduali, in cui rientrano automaticamente, senza alcuna interruzione nell'erogazione della fornitura di energia elettrica, tutti i clienti non domestici che non hanno un venditore sul mercato libero. Il servizio a tutele graduali viene erogato da venditori selezionati attraverso specifiche procedure concorsuali. Ogni area territoriale è servita da un solo fornitore, il quale può anche servire più aree contemporaneamente.

Le altre microimprese e la generalità dei clienti non domestici (per esempio alcuni condomini) dal primo gennaio 2023 non possono più

essere riforniti stabilmente nel servizio di maggior tutela.

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

I clienti finali che si trovano nel mercato tutelato per la fornitura di elettricità ricevono, secondo modalità definite dall'Autorità, comunicazioni in bolletta da parte del proprio venditore in relazione al graduale superamento delle tutele di prezzo.

Scegliere l'offerta più adatta. Conviene quindi cominciare a pensare a scegliere il proprio fornitore nel mercato libero. Per farlo sono disponibili diversi strumenti di comparazione. Innanzitutto, c'è il **Portale Offerte di Arera** su cui è possibile confrontare le proposte degli operatori inserendo alcuni dati. Al 31 dicembre 2022 sul portale sono risultate disponibili complessivamente, per i settori dell'energia elettrica del gas naturale e dual fuel (ovvero congiunte luce e gas), 4.160 proposte, di cui 3.918 di cui è possibile calcolare la spesa annua prevista al momento della consultazione del sito e 242 pubblicate nella sezione offerte senza il

calcolo della spesa.

Le tipologie sono variegata: per esempio ci sono offerte a sconto sui servizi di tutela o soggette ad altri tipi di sconto (come sconti di benvenuto), offerte con prezzo differenziato per scaglioni di consumo, offerte con prezzi diversi nel corso dei 12 mesi. Con riferimento alle offerte per cui è possibile calcolare la spesa annua prevista, erano disponibili complessivamente, per il settore elettrico, 2.028 offerte, per il gas naturale 1.876, le offerte dual fuel sono 14. Per il settore elettrico, il 23,9% delle offerte rivolte ai clienti domestici sono a prezzo fisso, per i clienti non domestici tale percentuale si attesta al 19,4%. Per il gas naturale, le offerte a prezzo fisso rivolte ai clienti domestici sono pari al 26,2%, quelle per i condomini uso domestico sono pari al 36,8% e quelle per i clienti non domestici sono pari al 27,4%.

È possibile, inoltre, consultare i diversi comparatori presenti online, come **Facile.it** e **SosTariffe**.

C'è da tenere presente che si può anche valutare l'opzione dei gruppi d'acquisto energia, che nascono con la finalità di selezionare uno o più venditori per la fornitura di energia elettrica o di gas naturale ai clienti finali riuniti nel gruppo. Vengono promossi da un organizzatore attraverso campagne che possono essere periodiche o permanenti, durante le quali singoli clienti finali possono aderire. Dopo avere selezionato le of-

ferte commerciali più vantaggiose, il gruppo d'acquisto le propone ai propri membri che possono stipulare il contratto di fornitura con il venditore alle condizioni stabilite.

L'Autorità ha predisposto delle linee guida ad adesione volontaria rivolte ai gruppi di acquisto energia che si rivolgono ai clienti finali domestici e alle piccole imprese, per fare in modo che gli aderenti siano adeguatamente informati e assistiti in tutte le fasi delle campagne di acquisto collettivo promosse, istituendo anche delle specifiche regole comportamentali cui i gruppi di acquisto che aderiscono devono conformarsi per un periodo iniziale di almeno due anni. I gruppi d'acquisto che aderiscono alle linee guida Arera vengono accreditati e compaiono in un apposito elenco.

I controlli. Nel 2022 si sono concentrate sui venditori di elettricità e gas molte delle attività di controllo e di ispezione svolte congiuntamente dalla Guardia di Finanza e da Arera nell'ambito del protocollo di intesa tra le due istituzioni, avviato nel 2001. Grazie agli accertamenti effettuati su oltre 1.600 imprese, sono stati recuperati 1,2 milioni di euro nell'ambito dei controlli sulla qualità e la sicurezza dei servizi, sulla sostenibilità del sistema tariffario e sulla tutela dei clienti finali; a questi si aggiungono recuperi per 1,6 milioni di euro degli oneri di contribuzione al funzionamento dell'Autorità evasi dagli operatori e 2 milioni di euro di sanzioni irrogate nel 2022.

Dai controlli sulla correttezza delle pratiche commerciali e delle condizioni di erogazione del servizio di vendita nel mercato libero, sono emerse criticità riguardo alle procedure di switching, sulla regolazione in materia di trasparenza dei documenti di fatturazione e in materia di fuel mix. Su quest'ultimo tema e sulle offerte di energia prodotta da fonti rinnovabili, sulle quali sono state riscontrate numerose violazioni, grazie all'avvalimento del Gse (Gestore dei servizi energetici, società controllata dal Ministero dell'economia e delle finanze che si occupa di incentivare e promuovere l'adozione di impianti per la produzione di energia da fonti rinnovabili) sarà possibile allargare i controlli futuri a tutti i venditori elettrici.

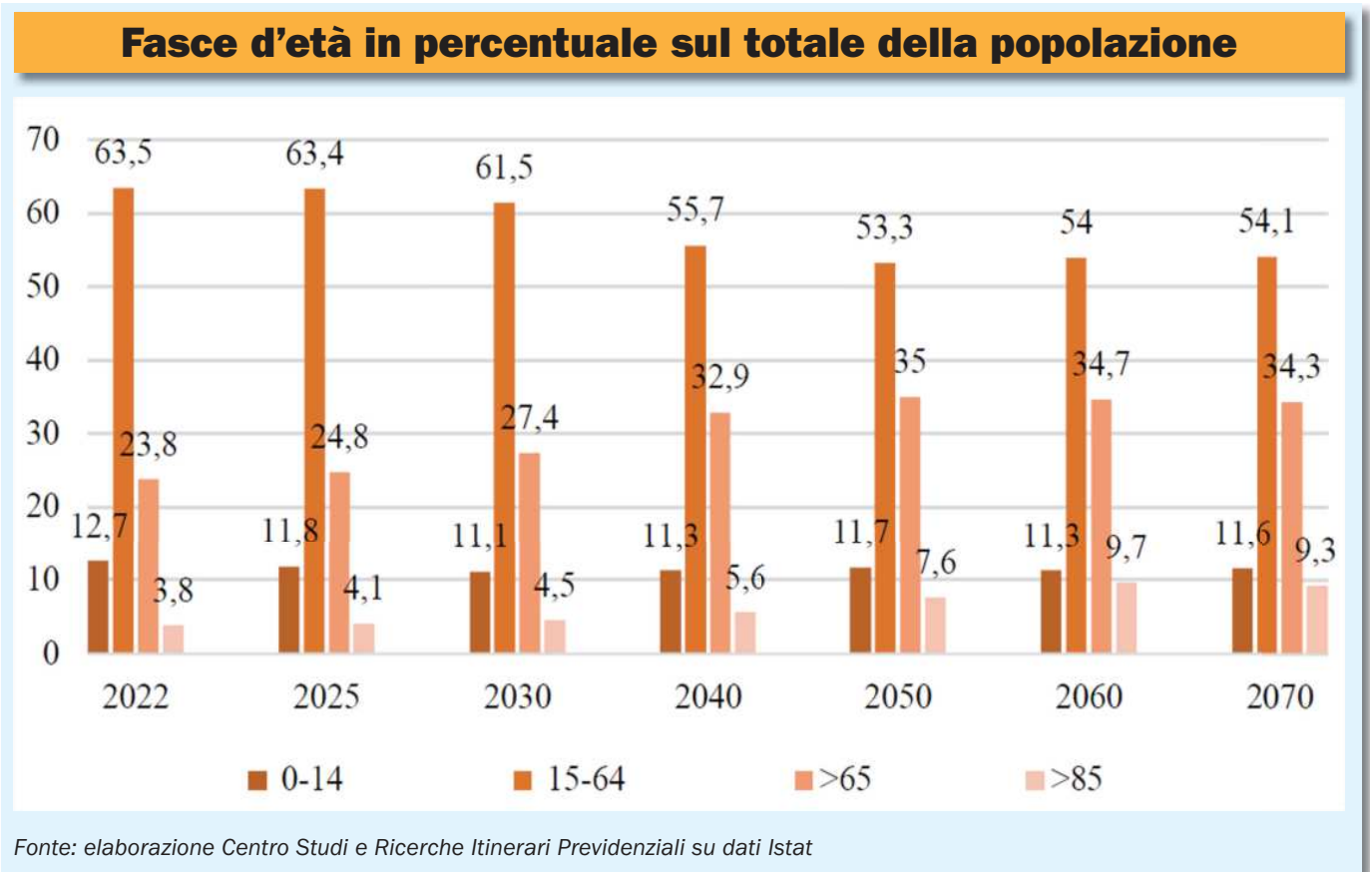
Gli scenari stimati sulla base dei dati del centro studi e ricerche di Itinerari previdenziali

Beni e servizi a misura degli over

Schizza però la spesa pensionistica, sanitaria, assistenziale

Pagina a cura
di ANTONIO LONGO

Sono oltre 27 milioni i residenti in Italia che hanno almeno 50 anni, di questi oltre 14 milioni hanno 65 anni e più. Nel 1992 questi valori erano, rispettivamente, pari a 19 milioni 177 mila e 8 milioni 780 mila. Nell'arco di trent'anni la popolazione con 50 e più anni si è, dunque, accresciuta di oltre 8 milioni di unità e la sua componente più matura è aumentata di oltre 5 milioni. Peralto, nei prossimi trent'anni la percentuale di ultra 65enni aumenterà di undici punti percentuali e il rapporto tra la loro consistenza numerica e quella dei ragazzi meno che quindicenni raddoppierà. Di conseguenza, istituzioni e imprese rivolgono una sempre maggiore attenzione nella produzione di beni e nell'erogazione di servizi destinati a questa nuova grande economia, che ruota attorno ai consumi e ai bisogni della popolazione più avanti con l'età. Ma c'è il risvolto della medaglia: l'invecchiamento della popolazione comporta un incremento nella spesa pensionistica, sanitaria e assistenziale. Sono gli scenari delineati dalla terza edizione del paper "Silver Economy, la grande economia del prossimo decennio" curato dal centro studi e ricerche di Itinerari previdenziali. Come rilevano gli analisti, negli ultimi dieci anni il segmento di mercato ha assunto una notevole importanza tale da condizionare e orientare molte attività economiche, produttive e sociali proprio per l'elevato numero di persone che formano la popolazione definita "silver", ossia dai capelli che via via assumono i colori dell'argento. L'Italia, nonostante sia tra i Paesi più "vecchi" al mondo, non ha ancora intrapreso alcuna iniziativa pubblica per consentire di vivere e superare con soddisfazione la più grande transizione demografica di tutti i tempi che ormai è già alle porte e poco ha fatto il "mercato". Peralto, il tema è al centro anche dell'interesse delle Nazioni Unite che, sia attraverso la proclamazione del 2021-2030 come "The United Nations decade of healthy ageing", sia attraverso l'Agenda 2030, dedica grande attenzione al concetto di invecchiamento attivo. Benché non ve ne sia uno specificatamente destinato ai silver, gli obiettivi di sviluppo sostenibile, equo e inclusivo che riguardano in maniera diretta il benessere della fascia più anziana della popolazione sono 9 su 17 (sconfiggere la povertà, sconfiggere la fame, salute e benessere, istruzione di qualità, parità di genere, imprese innovative e infrastrutture, ridurre le disuguaglianze, città e co-



munità sostenibili, pace, giustizia e istituzioni solide).

Trend demografici. Se l'invecchiamento della popolazione è in atto da diversi decenni nella maggior parte dei paesi più sviluppati, l'Italia rappresenta lo stato europeo che risente maggiormente del fenomeno. Attualmente gli over 50 rappresentano il 46,84% del totale della popolazione, solo vent'anni fa erano pari al 37%. Considerando le percentuali di popolazione di età compresa tra i 50 e 64 anni, gli ultra 65enni e gli ultra 80enni sul totale della popolazione nel 2022, l'Italia è al primo posto in tutte e tre le graduatorie con percentuali che si attestano, rispettivamente, al 23%, al 23,8% e al 7,6% contro medie europee di 21%, 21,1% e 6,1%. Inoltre, l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra over 65 e under 15, al 1° gennaio 2022 è pari al 187,9%, il che significa che ci sono circa 188 over 65 ogni 100 under 15, percentuale che, in previsione, al 1° gennaio 2050 si stima salga fino al 300%, ossia 3 anziani per ogni giovane.

Gli impatti sul sistema di welfare. L'invecchiamento della popolazione comporta un incremento nella spesa pensionistica, sanitaria e assistenziale. Come si legge nel paper, la spesa per pensioni nel 2021 è stata pari a 278,499 miliardi di euro e si compone di 238,271 miliardi di prestazioni pensionistiche, con un'incidenza sul Pil pari al 13,42%. Sul fronte privato, invece, la spesa per la previdenza complementare, intesa come contributi versati, nel 2021 è

stata pari a 17,6 miliardi di euro da 8,771 milioni di iscritti: rispetto alla forza lavoro, il tasso di copertura si attesta al 34,7%, valore che indica un ampio margine di sviluppo del settore. La spesa sanitaria pubblica nel 2021 è stata pari a 127,834 miliardi di euro, con un'incidenza del 7,2% sul Pil e del 12,97% sulla spesa pubblica, tra il 2013 e il 2021 tale spesa è aumentata del 16,62%. Considerando i gravi problemi di finanza pubblica e l'ingente debito statale, a giudizio degli esperti diviene indispensabile una forte collaborazione tra pubblico e privato con ampi margini di intervento per gli attori privati che operano in questo ambito.

La non autosufficienza. Un'aspettativa di vita lunga, ma spesso non in buona salute, ha un impatto economico e sociale notevole sia sulle finanze pubbliche sia sulle famiglie. Come evidenziano gli analisti, si sta ampliando il fenomeno della non autosufficienza, importante indicatore della mancanza di prevenzione, di adozione di stili di vita, sia fisici sia intellettuali, propedeutici a una terza e quarta età in buona salute e di esercizi culturali per un invecchiamento mentale attivo. Sono questi alcuni dei principali settori economici della silver economy. In tale contesto, il 44,2% delle persone over 65 con gravi difficoltà dichiara di non avere adeguati ausili o assistenza. In prospettiva, il numero di non autosufficienti crescerà inevitabilmente, anche se tale aumento potrà essere contenuto con in-

terventi attivi non solo nel comparto delle residenze sanitarie assistite ma anche della robotica e della tecnologia, grazie all'ausilio dell'intelligenza artificiale e della telemedicina. Il Belpaese risulta ancora carente di un modello pubblico adeguato alla gestione della non autosufficienza, in grado di conciliare adeguatamente l'erogazione di prestazioni monetarie con una vera e propria presa in carico del soggetto. Pertanto, il mercato privato, con riferimento ai fondi immobiliari specializzati nelle Rsa, ai fondi di private equity e soprattutto alle compagnie di assicurazione, ha enormi margini di sviluppo e intervento.

La ricchezza. Nel rapporto si rileva che i redditi degli over 65, tra prestazioni previdenziali e da lavoro, sono pari ad almeno un terzo dei redditi totali annui, pur essendo solo il 23,5% della popolazione totale. Peralto, gli ultra 65enni hanno risentito meno di ogni altra fascia d'età della popolazione degli effetti economici legati alla pandemia e la loro situazione economica e patrimoniale è addirittura migliorata rispetto alle altre classi d'età. Si tratta, quindi, di un'importante patrimonializzazione che nei prossimi 20/25 anni verrà in parte destinata a incrementare, nel corso della loro vita, i volumi dei consumi dei silver e per una consistente parte verrà trasferita a figli o parenti che sono per la maggior parte gli over 40 di oggi e che diventeranno progressivamente gli over 65 dal 2045 in poi, incre-

mentando ulteriormente il valore complessivo della silver economy italiana.

Sempre più "single". Il 30,52% degli ultra 65enni vive solo in una famiglia mononucleare, il 42,1% vive in coppia senza figli, solo il 12,8% vive con i propri figli mentre i nuclei monogenitore con figli sono il 6,7%. Le tendenze di breve e medio periodo mostrano un progressivo incremento percentuale delle persone sole che salirà al 31,2% nel 2030 e al 32,7% nel 2040, ciò significa che tra meno di vent'anni un silver su tre vivrà da solo con tutto ciò che comporta in termini di risparmio, assicurazioni, consumi, stili di vita, abitazioni. Inoltre, gli over 65 sono, e saranno, prevalentemente donne; l'80% vive in case di proprietà e, addirittura, il 60% ha una casa grande con almeno 4 stanze, con spazi eccessivi difficili da gestire e che il più delle volte necessitano di una ristrutturazione per consentire di svolgere più comodamente le attività giornaliere. In tale contesto, i silver sono e saranno grandi consumatori di domotica e di attrezzature specifiche per la casa per poter svolgere in autonomia le attività principali della vita quotidiana. Inoltre, utilizzano sempre più la tecnologia, smartphone, pc, tablet, internet e social network per comunicare e per organizzare al meglio la giornata. Alcuni continuano a svolgere attività lavorativa a tempo pieno o parziale, anche dopo il pensionamento, altri si dedicano al volontariato.

La quota di pensionati supererà quella dei lavoratori

La percentuale di popolazione in età lavorativa si sta già riducendo e, in Europa e negli Stati Uniti, ha già raggiunto il picco. Ogni anno, nel futuro prevedibile, il numero di lavoratori si ridurrà costantemente seguendo la stessa tendenza dell'invecchiamento della popolazione. Una situazione difficilmente sostenibile, senza profonde riforme strutturali

di Marino Longoni

«Italy is disappearing!», l'Italia sta scomparendo, ha cinguettato Elon Musk commentando i dati sul calo demografico del Belpaese. La popolazione in Italia, al primo gennaio 2023, era di 58 milioni e 851 mila residenti. Ma nel 2022 i nati sono scesi, per la prima volta dal dopoguerra, sotto il limite di 400 mila unità, arrivando a quota 393 mila. decessi sono stati 713 mila. Quasi il doppio.

Naturalmente, al di là delle esagerazioni del proprietario di Twitter, la crisi demografica non colpisce solo l'Italia. I tassi di natalità sono ben al di sotto del livello di sostituzione in Europa, Stati Uniti, Cina, Corea, Giappone e molte altre nazioni. Il tasso di fertilità a livello globale è a 2,3 bambini per donna, appena al di sopra della sostituzione, e sta diminuendo costantemente.

Questo dato, insieme al prodigioso miglioramento economico e delle condizioni di salute degli ultimi decenni, sta portando a un rapido invecchiamento della popolazione. Nel 1950 l'aspettativa di vita era di 46 anni, oggi è di 72 anni. Ma questo significa più persone in pensione e meno persone in attività.

La percentuale di popolazione in età lavorativa si sta già riducendo e, in Europa e negli Stati Uniti, ha già raggiunto il picco. Ogni anno, nel futuro prevedibile, il numero di lavoratori si ridurrà costantemente seguendo la stessa tendenza dell'invecchiamento della popolazione. In Italia si passerà da 35 milioni di occupati nel 2019 ai 27 milioni previsti nel 2070. Un calo di 8 milioni, cioè quasi un quarto di lavoratori che si metteranno a riposo e dovranno essere mantenuti dai pochi che continueranno a lavorare. Una situazione difficilmente sostenibile, senza profonde riforme strutturali. Infatti, è facile prevedere che si sia già chiuso il tempo dei pensionamenti anticipati (quota 100, se l'Inps, è stato un fallimento). Anzi. Secondo le stime dei demografi, nel 2030 l'età di pensionamento in Italia sarà di 68 anni. Un'età destinata a salire a 69 anni nel 2050 e a 70 anni nel 2070. E così via.

Ma l'età media della popolazione dovrebbe continuare ad aumentare, quindi il numero di anni medi in cui ciascuno si godrà la pensione sarà sempre più lungo. Con tutte le conseguenze che deriveranno dall'avere un mondo abitato da persone con un'età media sempre più elevata. È la silver economy: meno discoteche e più case di riposo, più medici e meno insegnanti, più robot e meno operai, più single e meno famiglie numerose. E ciascuno può continuare per suo conto questa cantilena.

Tentare di prevedere il futuro è sempre un esercizio sterile, soprattutto in questi tempi che hanno già sperimentato cambiamenti di scenari imprevedibili e repentini. Ma sembra ormai evidente che i timori dei demografi del secolo scorso, di un mondo sovrappopolato e non più in grado di nutrire tutti i suoi abitanti, hanno cambiato di segno, per il posto agli incubi di un mondo occidentale non più in grado di riprodursi, destinato a ripercorrere la decadenza vissuta dall'impero romano venti secoli fa.



Meliá María Pita

Sponsorizzato da Meliá

A Coruña

Potrebbe interessarti

Raccomandato da eut

