

26 novembre 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.
Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

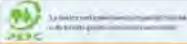




la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo



Martedì 26 novembre 2024

€ 1,70

IL RISIKO DEL CREDITO

La sfida delle banche

Blitz di Unicredit su Bpm: operazione da 10 miliardi. Così rischia di saltare il terzo polo su Mps
Il governo: mossa non concordata. L'ad Orceel: l'Europa ha bisogno di istituti più forti

No di Salvini: intervenga Bankitalia. Giorgetti valuta il golden power

Le regole del mercato

di Francesco Manacorda

È lo scontro di due mondi. Da una parte quello della finanza, che si risveglia in Italia dopo anni di apparente letargo e muove anche su uno scenario globale, dove Unicredit viaggia frenetico come un Pac Man bancario.

a pagina 6

Unicredit mette nel mirino Banco Bpm e punta a diventare il terzo istituto di credito nel panorama europeo e a consolidarsi in Italia. «L'Europa ha bisogno di banche più forti», dice l'amministratore delegato Orceel. Gelo del governo. «Mossa non concordata», chiarisce il ministro dell'Economia Giorgetti che evoca il golden power. Il vicepremier Salvini chiede l'intervento di Bankitalia: «Non vorrei che qualcuno volesse fermare l'accordo Bpm-Mps per fare un favore a altri».

di Greco, Pons Scozzari e Vitale alle pagine 2, 3, 4 e 6

La sentenza

Ergastolo per Impagnatiello i genitori di Giulia: non è vendetta



In aula La mamma di Giulia Tramontano in lacrime dopo la sentenza

di Ilaria Carra e Sandro De Riccardis alle pagine 22 e 23

Il travaglio che consuma l'eredità politica

di Massimo Recalcati

L'epilogo della vicenda politica del M5S pone in luce il grande tema dell'eredità. La ratifica formale della destituzione del fondatore di quel movimento evoca fatalmente un gesto parricida. Accade ogni volta che al posto dell'eredità subentra una volontà di cancellazione del debito simbolico che vincola gli eredi al loro fondatore. Il padre di quel movimento, senza il quale la sua creatura non sarebbe mai esistita, è stato in questo caso allontanato, ripudiato, eliminato perché divenuto un peso superfluo o addirittura un ostacolo alla sua esistenza. È questo il destino inevitabile di tutti i fondatori che hanno confuso il gesto della fondazione con l'acquisizione di un diritto inviolabile di proprietà. Vale per la vita delle istituzioni come per il rapporto di filiazione genitoriale: quello che abbiamo generato non ci appartiene sebbene la sua vita non sarebbe stata possibile senza la nostra. Ogni gesto di generazione è, in questo senso, sempre in perdita secca: la creatura, se è capace di vita propria, non può essere ridotta a essere il prolungamento speculare della vita del suo genitore. L'eredità non avviene mai per clonazione o per duplicazione. Il movimento generato dal fondatore non potendo mai essere una sua proprietà esclusiva - pena la sterilità della creatura - imponebbe al fondatore stesso di cancellarsi nel suo atto di fondazione.

continua a pagina 33

Monumenti

Scontro sul canone Rai strappo di Forza Italia

5 Stelle

Grillo fa ricorso voto da ripetere Conte: sabotaggio

di Cerami e Pucciarelli a pagina 13

Il canone Rai divide la maggioranza. E svela le tensioni sulla manovra tra la premier Meloni e i due vice Salvini e Tajani. La Lega chiede di prorogare anche nel 2025 la riduzione del contributo in bolletta per la tv pubblica da 90 a 70 euro. Contraria Forza Italia che minaccia di non votare l'emendamento al dl fisco. E non si presenta in Consiglio dei ministri.

di Ciriaco, Colombo, Conte De Cicco e Frascilla alle pagine 8 e 9

Il caso

Assalto a Capitol Hill archiviazione per Trump

di Paolo Mastrolilli

Trump ha vinto le elezioni e quindi i processi federali contro di lui si fermano. Non perché sia innocente, ma perché le regole del dipartimento alla Giustizia vietano di incriminare e portare in tribunale il presidente degli Stati Uniti. Il procuratore, chiedendo l'archiviazione, lo ha fatto in modo da lasciare aperto uno spiraglio per riprendere in mano le accuse.

a pagina 18



Le idee

Che cosa resta di Merkel una leader incompiuta

di Timothy Garton Ash

Angela Merkel è stata la prima e l'ultima dei tedeschi dell'Est a guidare la Germania riunificata, la potenza chiave d'Europa. Ci saranno forse futuri cancellieri originari delle regioni che componevano un tempo la Repubblica democratica tedesca (Rdt), ma nessuno più sarà improntato dall'esperienza di aver vissuto in Germania Est.

a pagina 19



Advertisement for Mondadori featuring a golden circular logo with the names Nicola Gratteri, Antonio Nicaso and the slogan 'Una Cosa sola'. Below it says 'COME LE MAFIE SI SONO INTEGRATE AL POTERE'.

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it



Lo sfogo della preside di Bari
«Proteggere troppo i figli
non li aiuta a crescere»

di Elvira Serra
a pagina 25



Oggi in edicola
Scatti, la collana
di Oliviero Toscani

il primo volume a 6,90 euro
più il prezzo del quotidiano



Banche Orcei: nessuna ambizione sul Monte dei Paschi

Unicredit offre
10 miliardi per Bpm
Muro del governo

No di Salvini. Giorgetti evoca il golden power

LA DOPPIA
SCOSSA
di Daniele Manca

Non è solo un'operazione industriale e finanziaria... l'offerta lanciata da Unicredit sul Banco Bpm...

Sul fronte continentale, la banca guidata da Andrea Orcei ha annunciato in questi mesi un investimento anche nell'istituto tedesco Commerzbank...

In una situazione geopolitica così in movimento (dall'invasione russa dell'Ucraina al Medio Oriente all'attesa ansiosa della presidenza Trump) l'Unione europea deve mostrare di saper uscire dallo stallo dei dibattiti.

continua a pagina 40

alle pagine 2 3 e 5
GIANNELLI



CHI DI VAFFA FERISCE DI VAFFA PERISCE

Cinque Stelle Intervista a Conte
«Sì a un altro voto
Così Grillo offende
tutti gli iscritti»

di Monica Guerzoni
«Rivoteremo — dice Conte —, Grillo cancella la sua storia e schiaffeggia tutti gli iscritti».

LE MOSSE SUL QUORUM
L'Elevato e l'ultima trincea

di Emanuele Buzzi
Dopo la cacciata di domenica, Beppe Grillo chiede formalmente la ripetizione del voto. L'obiettivo è fare mancare il quorum. Toninelli: «Il simbolo è suo».

a pagina 12

I due processi La sentenza e la requisitoria del pm



Impagnatiello all'ergastolo
E per Turetta stessa richiesta



Filippo Turetta, l'assassino di Giulia Cecchettin e, in alto, Alessandro Impagnatiello condannato all'ergastolo

di Giuzzi, Guastella e Pasqualetto
I REATI CONTRO LE DONNE
Migranti e violenze
L'affondo di Meloni
di Frignani, Fulloni e Sciacca

alle pagine 8 9 e 11 a pagina 6

CASA BIANCA E INCHIESTE

Cade l'accusa a Trump per l'assalto a Capitol Hill

di Viviana Mazza

Archiviazione per l'assalto a Capitol Hill e stessa sorte per il caso delle carte riservate della Casa Bianca sequestrate a Mar-a-Lago. Cadono le accuse contro il presidente eletto Trump.

a pagina 22

LA STORIA, LA POLITICA

Musk e l'impero: la nuova Roma sognata negli Usa

di Aldo Cazzullo

Non Musk è criticabile, è criticabilissimo. Ma quando dice che l'America è la nuova Roma, non ha tutti i torti. Ogni impero della storia si è presentato come l'erede dell'impero romano: l'impero romano d'Oriente e il Sacro romano impero, lo zar e il Kaiser — parole che derivano da Cesare — Napoleone e l'impero britannico (se è per questo, i rivoluzionari, dalla Francia della ghigliottina alla Berlino di Rosa Luxemburg, si sono presentati come i nuovi Spartaco).

continua a pagina 23

ISRAELE DECIDE

Tregua in Libano, atteso l'annuncio di Biden e Macron

di Davide Frattini

Ore decisive per la tregua in Libano. Hezbollah è pronta a ritirarsi e Israele potrebbe decidere oggi. Netanyahu dovrà superare l'opposizione degli ultranzisti e convincere gli abitanti del Nord a ritornare nelle case verso il confine. Atteso l'annuncio di Usa e Francia.

a pagina 21 Serafini

BADANTI? COLF? GALLAS GROUP. Troviamo NOI la badante giusta per TE! www.gallasgroup.it

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini. Ecco Toni... ma assemblea per indirizzarne l'esito, come peraltro avveniva anche ai tempi in cui comandava Grillo...

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini. Ecco Toni... ma assemblea per indirizzarne l'esito, come peraltro avveniva anche ai tempi in cui comandava Grillo...

ANNA FOA IL SUICIDIO DI ISRAELE. 6 EDIZIONI IN 6 SETTIMANE. Editori Laterza

LA CRONACA

«Matilde, indagini frettolose» Il Csm riapre il caso sciatrice

BENEDETTA CENTIN, IRENE FAMÀ



«Indagini frettolose». L'inchiesta sulla morte di Matilde Lorenzi, tra le atlete più promettenti dello sci giovanile azzurro, è stata chiusa «in modo sbrigativo».

PAGINA 19

L'AMBIENTE

Solo buone intenzioni contro il clima malato

CARLO PETRINI



Da pochi giorni si è conclusa la Cop 29 di Baku. Prima di ogni analisi critica sui risultati, è bene dire che questo appuntamento è l'unico in grado di riunire 197 Paesi per discutere le questioni climatiche.

PAGINA 25

SOLO NEI MIGLIORI BAR

LA STAMPA

MARTEDÌ 26 NOVEMBRE 2024

CAFFÈ COSTADORO
TORINO 1890

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 158 II N.327 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

OFFERTA DI SCAMBIO DI ORCEL, NO DI CASTAGNA. GIORGETTE: OPERAZIONE NON CONCORDATA. SALVINI CONTRO BANKITALIA

Unicredit-Bpm, governo sulle barricate

IL COMMENTO

Perché lo Stato non può mettere freni al mercato

FEDERICO MONGA

Il mercato da un lato. Il governo, o meglio due "azionisti" su tre, dall'altro. Le banche su una sponda. Il vicepremier Salvini e il ministro del Tesoro Giorgetti su un'altra. L'offerta con cui Unicredit si propone di acquistare Bpm mette in evidenza due modi di intendere il funzionamento dell'economia. - PAGINA 2

CLAUDIA LUISE, FRANCESCO SPINI



Una mossa improvvisa, che arriva mentre gli occhi del mercato erano puntati su Commerzbank. L'ad di Unicredit, Andrea Orcel, spiazzato tutti e punta su Bpm. - PAGINE 2-4

IL RETROSCENA

Banche, adesso vacilla il terzo polo sovranista

BARBERA, PAOLUCCI

Per er comprendere i contorni della più grossa operazione di finanza e potere in Italia da anni, bisogna rievolvere il nastro di qualche ora. Quando alle sei di ieri mattina Unicredit diffonde il comunicato in cui annuncia la decisione su Banco Bpm, il governo è già al corrente della decisione. - PAGINA 3

LA POLITICA

Manovra, rabbia Tajani slitta il decreto Giustizia

MONTICELLI, OLIVO

Una lunga giornata in Senato contraddistinta da tensioni dentro la maggioranza ha visto slittare ancora il voto sul decreto fiscale. Scontro anche sull'idea della Lega di non retrocedere sullo sconto sul canone Rai. Fumo negli occhi di Forza Italia che diserta il cdm provocando il rinvio del decreto giustizia. - PAGINE 6-7

IL MEDIO ORIENTE

Biden-Macron "Tregua in Libano" Netanyahu convince gli ultraortodossi

CAPURSO, MAGRÌ



A Beirut cominciano i festeggiamenti, Gaza sprofonda nel buio. La tregua fra Israele e Libano, sempre che sia confermata oggi, è destinata a lasciare macerie, vincitori e perdenti. Vince di certo la linea Trump, che aveva chiesto a Netanyahu di "finire la guerra" prima del 20 gennaio, il giorno del suo insediamento. "King Bibi" avrà la sua ricompensa, importante. - PAGINA 14

DECINE DI MIGLIAIA SFILANO NELLE PIAZZE IN TUTTA ITALIA: "IL NOSTRO DOVERE È RIDARE VOCE A CHI NON NE HA PIÙ"

Violenze, Meloni attacca i migranti

La premier: mi diranno razzista, ma contro le donne l'incidenza è più alta. Mattarella: nessuna scusa

L'ANALISI

Se la presidente dà dei numeri sbagliati

CHIARA SARACENO

Intervistata dalla direttrice di *Donna Moderna* la presidente Meloni ha fatto due affermazioni, una sugli autori delle violenze sulle donne, l'altra sui congedi genitoriali e l'azione del governo, basate su dati scorretti. - PAGINA 23

LO SCONTRO M5S

Ricorso Grillo: si rivoltò Conte: un sabotaggio

NICCOLÒ CARRATELLI

Grillo non molla e costringe Conte ai tempi supplementari. Il garante, esautorato dall'assemblea M5S, ha inviato formale richiesta per far ripetere le votazioni sulle modifiche dello Statuto del Movimento. - PAGINE 12-13

OMICIDI CECCHETTIN E TRAMONTANO. CONDANNATO IMPAGNATIELLO, CHIESTO L'ERGASTOLO ANCHE PER TURETTA



Dove nasce la crudeltà

CATERINA SOFFICI

L'orrore del caso Pelicot

FLAVIA PERINA

AGRI ZOO 2
PET SHOP
WWW.AGRIZOO2.IT

BUONGIORNO

Di recente ho firmato un appello indirizzato ai parlamentari affinché prendano in considerazione l'ipotesi di un provvedimento di clemenza, amnistia o indulto, per liberare le carceri dove sono rinchiusi 62 mila persone, in spazi previsti per 51 mila e oggi sufficienti per 48 mila. Ieri il sottosegretario alla Giustizia, Andrea Delmastro, ha confermato il prevedibile: lui, e dunque si presume l'intera maggioranza di governo, o ampia parte di essa, sono contrari. Sarebbe una resa dello Stato, ha detto Delmastro, che ha promesso di recuperare entro la fine della legislatura i posti mancanti. Ci si può augurare che Delmastro ci riesca, e ci si può chiedere che succederà nel frattempo. Perché quest'anno, e mancano ancora trentacinque giorni alla fine, i suicidi in carcere sono stati 82, e il record è di

84 del 2022; i morti totali, quindi compreso chi è morto per malattia, sono 223, polverizzato il record di 177 del 2002; bisogna poi aggiungere il suicidio di sette guardie carcerarie: l'anno scorso se ne suicidò uno soltanto, nel 2022 si suicidarono in cinque. A me pare che la resa sia quella di uno Stato che costringe alcuni suoi cittadini - colpevoli, presunti tali, innocenti - in condizioni illegali poiché non è in grado di rispettare le leggi che si è dato. Mi pare che la resa sia quella di uno Stato che, pur di non prendere atto delle sue illegalità, lascia che alcuni suoi cittadini - colpevoli, presunti tali, innocenti - si tolgano la vita o la perdano per mancanza di cure. La resa è di uno Stato che non riconosce le proprie responsabilità e il proprio fallimento, di cui peraltro nessuno gli chiederà conto.

La resa

MATTIA FELTRI

CAFFÈ COSTADORO
TORINO 1890
SOLO NEI MIGLIORI BAR

NOVITA Parole chiave per l'Avvento e il Natale ANNO LVIII n° 281 1,50 € San Corrado di Costanza

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



NOVITA UN NATALE INCONTENIBILE 136 pagine € 42,00 www.queriniana.it

Editoriale Cop 29 flop, perché condonare i debiti PER GIUSTIZIA E LUNGIMIRANZA

LUCA CARUZZI «A leader del Nord chiede: ci tenderete la mano o ci tradirete?». Alla vigilia della maratona conclusiva, la quinta più lunga nella storia delle Cop, l'attivista ugandese Vanessa Nakate aveva rivolto questa domanda cruciale. Per due settimane, 197 Paesi più 116, ritirati a Baku per la 28esima Conferenza Onu sul clima, hanno negoziato di fronte a tale bivio. Alla fine, con oltre trentadue ore di ritardo sulla tabella di marcia e lo spettro del flop incombenente, hanno imboccato la seconda via. "Tradimento", è stata la parola scelta dal Gruppo dei Paesi meno sviluppati - 45 Stati di Africa, Asia e America Latina in risiede oltre un miliardo esseri umani - per definire l'accordo sulla quantità di aiuti che le potenze industriali storiche, in primis Usa e Ue, si impegnano a stanziare perché il Sud del pianeta possa contenere le emissioni e adattarsi all'aumento delle temperature. Dei 1.300 miliardi di dollari (fanno stimati dagli esperti - inclusa l'equipe convocata dalle stesse Nazioni Unite in vista della Cop -), i Grandi si impegnano, entro il 2035, a "mobilitarne" meno di un quinto: trecento miliardi. Il verbo, frase, è più importante della quantità, che comunque conta. "Mobilitare", nel linguaggio tecnico della finanza climatica, è diverso dal "versare", e cioè erogare denaro in forma di aiuti pubblici diretti o concessioni a fondo quasi perduto. Consente al donatore di fare ricorso ad aziende private e finanziatori internazionali (i quali, in genere, concedono prestiti, a tasso più alto della agevolazione. L'aiuto si trasforma, così, in business il cui peso ricade in forma di debito sulle spalle già incurvate delle nazioni con meno risorse. Su cui, per altro, il riscaldamento globale produce gli impatti più gravi.

continua a pagina 16

Editoriale Costruire una democrazia climatica SOCIETÀ CIVILE IN PRIMA LINEA

GABRIELLA CALVANO

«Il pianeta brucia»: con questa frase emblematica, il segretario generale dell'Onu, Antonio Guterres inaugurò la Cop 28 a Dubai. Una dichiarazione potente che ha echeggiato nella consapevolezza collettiva, specialmente alla luce delle proiezioni dell'osservatorio europeo Copernicus, secondo cui il 2024 sarà l'anno più caldo mai registrato, il primo a sfiorare il limite di +1,5°C rispetto ai livelli preindustriali. Eppure, la Cop 29 di Baku ha tradito le aspettative. Non si è registrato quel cambio di rotta invocato da molti: i Paesi ad alto reddito non hanno mostrato una reale assunzione di responsabilità per il "debito climatico" accumulato attraverso decenni di stili di produzione, di consumo e di vita insostenibili. Il finanziamento per la transizione climatica, incrementato da 100 a 300 miliardi di dollari l'anno entro il 2035, è stato accolto con delusione dai Paesi più vulnerabili. Regole più chiare per il mercato globale dei crediti di carbonio rappresentano un passo avanti, ma mancano impegni concreti per abbandonare le fonti di energia di origine fossile, né sono stati affrontati temi cruciali come i diritti umani e quelli delle donne, richiesti con forza dall'Unione Europea. È stata una Conferenza debole, tra le meno incisive degli ultimi anni, in un momento storico in cui era ed è richiesto maggiore coraggio politico e una visione condivisa. Come sottolineato da Papa Francesco nella Laudato Si', è urgente una riforma del multilateralismo, affinché le decisioni globali possano rispondere davvero alle sfide del nostro tempo.

continua a pagina 16

IL FATTO Per il Libano decisa la mediazione americana e francese. Fine dei combattimenti 36 ore dopo la firma

Un'alba di tregua

Oggi Israele dovrebbe approvare il cessate il fuoco con Hezbollah (ma l'ultradestra frena) Con le guerre mercato delle armi sempre più florido: crescono ricavi (+7%) e investimenti



NELLO SCAVO Invitato a Gerusalemme: Ventiquattro ore per firmare per salutare il piano che dovrebbe spegnere almeno la guerra in Libano. «Speriamo non ci siano passi indietro», commenta il ministro fujani esprimendo la diffusa preoccupazione per qualche trap-pola notturna prima del voto di oggi del gabinetto di guerra israeliano. L'annuncio dovrebbe arrivare dal presidente Usa Biden e dall'omologo francese Macron. Si prevede che le armi scoppiano entro 36 ore dall'approvazione congiunta dell'intesa.

Brogi a pagina 2

PER L'UCRAINA «Mosca pronta a trattare» Ma recluta nello Yemen

Geronico e Ottaviani a pagina 3

GIORNATA Le parole di Mattarella contro la violenza

«Proteggere le donne Non si fa abbastanza»

Parole, gesti, condanne. «Non abbiamo fatto abbastanza per proteggere le donne», ha detto ieri il presidente della Repubblica Mattarella nella giornata internazionale contro la violenza sulle donne. Sul tema, il governo prepara un testo unico, ma intanto viene bandita una nuova polemica, con la premier Meloni e il leader della Lega Salvini che tornano ad affermare che l'aumento di maltrattamenti e abusi corrisponde alla crescita dell'immigrazione. Alessandro Finoguglietto commenta in primo grado all'engaggio per aver ucciso a coltello la fidanzata Giulia Tramontano, un uso dei più efferati femminicidi degli ultimi anni.

Fassini, Liverani, Marcor e un intervento di Mancini a pagina 6 e 7

BANCHE Offerta da oltre 10 miliardi, in ballo pure Mps. Giorgetti: non concordato

UniCredit vuole BancoBpm Ma il Governo non gradisce

PIETRO SACCÒ

Mentre tutti guardavano alle mire su Commerzbank, l'ad UniCredit Andrea Orcel ha lanciato un'offerta. "a chilometro zero" su BancoBpm. Sul tavolo oltre 10 miliardi, per un'integrazione che darebbe vita alla banca più grande d'Italia anche perché nell'alba si direbbe anche Mps. Danta, forse troppa. Anche per il governo, con il ministro Giorgetti che parla di operazione «non concordata» ed evoca il golden power.

Iasevoli e Mazza a pagina 8

L'ASSALTO AL PARLAMENTO Capitol Hill: il procuratore pronto a far cadere tutte le accuse a Trump

Mollari a pagina 13

IL VIA LIBERA AL DECRETO

Frassati, il miracolo che apre alla santità

Galli e Versace a pagina 9



I NODI DEL GOVERNO

Flussi e canone Rai maggioranza spaccata D'Angelo, Marcelli, Spagnolo, 5 e 10

L'INTERVISTA

Ravasi: «La sostenibilità è un diritto umano»

Affieri a pagina 19

Il futurologo

Bisogna sempre mettere un po' di verità nei propri sogni, oppure il contrario... Mi rispose così, quando gli chiesi cosa sarebbe successo domani. E mi sembrò una frase meravigliosa. Come meraviglioso era lui, un tedesco con la panza da abbonato ai birrifici, e la testa che sembrava aver pettinato con i petardi. Berlinese, classe 1957, Alexander Mankowsky, lavorava alla Mercedes nel settore ricerca e sviluppo. Ma il suo vero ruolo era un altro: futurologo. Proprio così, esiste anche questo mestiere: il lavoro di chi deve per forza sognare per vivere. Così, quando mi disse che l'empatia è la priorità della mobilità di domani, e che la mobilità è un

Smemorite Alberto Caprotti

tipo di comunicazione, il confronto si fece interessante. Di lui si diceva che visse in una casa dell'Ottocento alla periferia di Stoccarda, che non guardasse la tv da anni, né ascoltasse la radio, ma nonostante questo doveva spiegare agli altri cosa ci fosse dietro l'angolo. «Non sono un cartomante», mi spiegò un po' infastidito. «Più semplicemente, anche se semplice non lo è, cerco di intuire le tendenze a medio-lungo termine per suggerire come adattarsi a quello che verrà». Non mi raccontò nulla di sconvolgente, il pezzo forte alla fine era lui. Ma mi convinse del fatto che mischiandoli insieme, sogni e verità, alla fine lasciano un buon sapore. Che rende tutto, se non splendido, almeno sopportabile.

Agorà

STORIA Sassoon: «Rivoluzione non sempre vuol dire un cambio di regime» Guzzetti a pagina 20

CONCERTO «Oriente e occidente» Così la musica diventa dialogo delle anime Beltrami a pagina 22

TEATRO Alfonsina Strada, al Giro d'Italia diventò la pioniera della parità Calvini a pagina 23

In edicola con Avvenire a 4 euro LE LUCI DEL MEDIOEVO Cardini / Crippa / Pontiggia / Verban / Zaccari LUOGHI INFINITI

Salute 24

Il gap sanitario

Ricoveri: 3 miliardi
per la fuga al Nord

Marzio Bartoloni — a pag. 26

numeri sui cosiddetti “viaggi della speranza”

Ricoveri: la fuga al Nord costa 3 miliardi, più cure sotto casa

La mobilità. Anche nel 2023 i pazienti del Sud si sono spostati soprattutto in Emilia, Lombardia e Veneto. In manovra la misura per arginare il fenomeno: accordi tra Regioni sulle prestazioni a bassa complessità

Marzio Bartoloni

La fuga dei pazienti in cerca di cure soprattutto verso gli ospedali del Nord sfiora ormai i 3 miliardi e supera addirittura i livelli di prima del Covid. Le strutture sanitarie più ambite dai pazienti in arrivo soprattutto da Campania, Calabria, Sicilia e Puglia restano come già accaduto nel passato quelle di Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Toscana. Il fenomeno della cosiddetta mobilità sanitaria dei pazienti - che nel 2023 ha raggiunto secondo i primi dati dell'Agenas un valore di 2,87 miliardi (erano 2,84 miliardi nel 2019 poi crollati negli anni della pandemia a 2 miliardi) - viene infatti da lontano ed è legato alle differenze nell'offerta tra le Regioni che si trascinano da sempre. Ma oltre a quelli che una volta venivano chiamati “viaggi della speranza” - la ricerca cioè di cure spesso salva vita in ospedali di eccellenza di un'altra Regione - sono in crescita anche gli spostamenti dei pazienti per prestazioni meno complesse, magari facilmente ottenibili nell'ospedale più vicino a casa come l'operazione per un tunnel carpale o una protesi d'anca.

Ecco perché il ministero della Salute ha deciso di provare ad arginare questa mobilità non proprio necessaria se non addirittura “inappropriata” con una misura ad hoc: «Quello che si

è visto negli ultimi anni è che la mobilità ad alta complessità si è ridotta mentre è aumentata quella dei pazienti per prestazioni a bassa complessità, anche a fronte di una azione di alcune Regioni del centro Nord interessate ad attrarre pazienti da altre Regioni», avverte il direttore generale della Programmazione del ministero della Salute Americo Cicchetti. Da qui l'idea di intervenire con una norma nella manovra ora in Parlamento che obbliga le Regioni a «sottoscrivere accordi bilaterali - recita l'articolo 55 -, per il governo della mobilità sanitaria interregionale e delle correlate risorse finanziarie, con tutte le altre regioni con le quali la mobilità sanitaria attiva o passiva assuma dimensioni che determinano fenomeni distorsivi».

Nel mirino ci sono innanzitutto le Regioni citate prima e in particolare Emilia e Lombardia che rispettivamente hanno un saldo positivo di mobilità (cioè tra pazienti in entrata e quelli in uscita) che è rispettivamente di 388 milioni e 379 milioni di introiti solo per il 2023 mentre tra quelle che scontano la mobilità in uscita ci sono almeno quattro Regioni del Sud e cioè Campania (-210 milioni di costi da rimborsare), la Calabria (-190 milioni), la Sicilia (-138 milioni) e la Puglia (-127 milioni). La misura in manovra prevede che il ministero metta a punto un format di accordo entro febbra-

io del 2025 e che le regioni siglino questi accordi bilaterali entro il 30 aprile successivo: in particolare gli accordi dovranno servire a regolare sia la cosiddetta «mobilità apparente» (quella cioè tra Regioni confinanti) che soprattutto quella per prestazioni «a bassa complessità» in particolare per quelle Regioni che «registrano una mobilità passiva pari almeno al 20 per cento del fabbisogno sanitario standard annualmente assegnato».

«Lo spirito della norma è garantire la libertà di scelta delle persone e cioè quella di curarsi dove vogliono generando però dei disincentivi se queste persone si muovono quando non ce n'è bisogno perché ospedali buoni sono ovunque», aggiunge ancora il Dg della programmazione del ministero. Ma quali saranno questi disincentivi? «L'idea è che gli accordi fissino dei palletti per disincentivare anche finanziariamente le cure a bassa complessità,

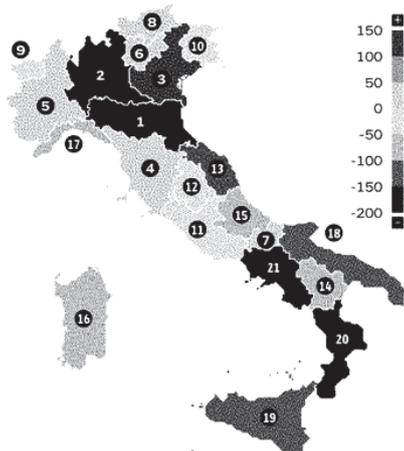


magari rimborsando al 50% il Drg. Faccio un esempio: la Lombardia si impegna con la Calabria a fare delle verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini calabresi e nel caso quei ricoveri non lo siano allora la Calabria non rimborserà o rimborserà di meno quelle prestazioni, se l'accordo lo prevede» conclude Cichetti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I SALDI DELLA MOBILITÀ DEI PAZIENTI TRA LE REGIONI PER I RICOVERI

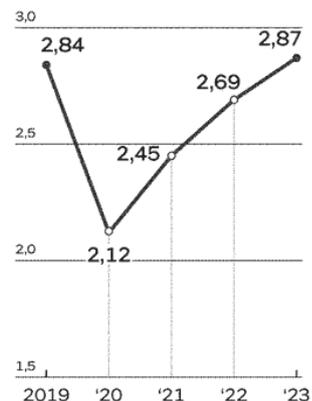
Saldo economico in milioni di euro



1	Emilia R.	388,89	12	Umbria	-23,19
2	Lombardia	379,54	13	Marche	-30,10
3	Veneto	115,69	14	Basilicata	-51,18
4	Toscana	27,36	15	Abruzzo	-56,63
5	Piemonte	23,66	16	Sardegna	-56,61
6	P.A. Trento	5,72	17	Liguria	-73,19
7	Molise	3,32	18	Puglia	-127,35
8	P.A. Bolzano	-3,07	19	Sicilia	-138,84
9	Valle d'Aosta	-9,18	20	Calabria	-190,99
10	Friuli V.G.	-14,04	21	Campania	-210,14
11	Lazio	-14,88			

IL TREND DELLA MOBILITÀ INTERREGIONALE DEI RICOVERI

Valori in miliardi di euro



Fonte: Agenas



L'intervista. **Domenico Mantoan.** Per il Dg di Agenas i dati parlano chiaro

«Ci sono ospedali buoni al Sud come cattivi al Nord»

«**C**i sono delle strutture buone e di eccellenza anche al Sud, cito l'esempio dell'ospedale di Cosenza della Calabria che secondo i principali indicatori è un buon ospedale su tutte le aree che abbiamo valutato nel nostro Piano nazionale esiti». Domenico Mantoan è il direttore generale dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali che sempre di più grazie a una massiccia raccolta ed elaborazione di dati sanitari in arrivo dalle Regioni sta diventando una sorta di "Grillo parlante" della nostra Sanità indicando carenze, distorsioni ma anche eccellenze e buone performance non sempre conosciute. Non è un caso che proprio all'Agenas il ministero della Salute abbia affidato il delicato compito di far partire entro febbraio l'attesa Piattaforma nazionale che dovrà monitorare le liste d'attesa.

Insomma si può arginare questo travaso di pazienti che si muove soprattutto verso il Nord? C'è una parte di mobilità che è sana ed è legittimo che se un cittadino ha patologie importanti si voglia curare in centri di eccellenza riconosciuti, ma c'è anche una mobilità che possiamo definire opportunistica e forzata o indotta magari dalla vicinanza di una regione o da modelli organizzativi delle aziende sanitarie di riferimento che non sono così efficienti

Si può intervenire su questa mobilità? Sì, ci sono i margini per intervenire e la legge di bilancio mi sembra che si muova in questa direzione obbligando le Regioni a fare gli accordi sulla mobilità per cui al netto delle cure più complesse, penso a esempio all'oncologia, dove il cittadino deve avere il diritto di andare dove vuole, per tutte quelle patologie meno gravi o per

quegli interventi di piccola chirurgia il flusso di pazienti può e deve essere limitato.

Mi faccia degli esempi?

Non ci si deve certo spostare per operarsi di tunnel carpale o per una protesi di ginocchio o di anca o per tutta la chirurgia protesica.

Ma c'è una responsabilità anche delle Regioni che attraggono i pazienti?

I dati sul numero di posti letti ci dicono che ci sono tre Regioni, basta andare sul sito di Agenas per capire quali sono, che hanno un numero di letti superiore alla necessità dei loro cittadini e quindi sono strutturalmente tarate per ricevere pazienti in più e ci sono 4-5 Regioni al Centro Sud che hanno un numero di posti letto inferiore al fabbisogno della loro popolazione

Cosa dice il Piano nazionale esiti dell'Agenas?

Ci dice che i cittadini devono sapere che ci sono ospedali buoni anche al Sud così come ci sono ospedali cattivi al Nord. Questi esiti devono essere messi più a sistema e utilizzati per migliorare le performance: se un reparto è insufficiente in maniera significativa per diversi anni io credo che la politica ci deve dare la possibilità di prendere i provvedimenti necessari.

—**Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL RISCHIO
Non ci si deve spostare per operarsi di tunnel carpale o per una protesi di ginocchio



25 nov
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Regionalismo differenziato: la sentenza della Corte costituzionale trascina i Lea all'infinito

di *Ettore Jorio*

Mi passa un brutto pensiero per la testa: quello di assistere alla esigibilità degli attuali Lea che dal 2001 stanno rendendo una tutela della salute una minaccia alle condizioni di benessere della popolazione. E già perché la loro revisione del gennaio 2017, dopo sedici anni di colpevole inerzia, rappresenta un grave errore di ipotesi di ciò che deve essere l'assistenza sociosanitaria alla

persona, superstite dal Covid. Le cose continuano ad andare come sempre, con i Lea usati come metro per misurare lo stato di efficienza dei servizi sanitari regionali, peraltro senza tenere conto delle inerzie che hanno consentito alla pandemia di fare ciò che ha voluto e di produrre danni inenarrabili.

Un modo, questo, per lasciare le cose come sono (pessime) e rendicontare insuccessi trasformandogli la denominazione in promozioni gratuite.

La recente sentenza della Consulta sulla legge Calderoli mi mette paura al riguardo: lascia a terra i Lea del 2001/2017, disegnando per il futuro prossimo il peggio del passato.

Dei sette punti, riguardanti altrettanti articoli della legge Calderoli ritenuti dalla Consulta incostituzionali, sono almeno tre che mi generano una triste sorpresa. Meglio, una perplessità su un tema non propriamente secondario, che mette i bastoni tra le ruote alla messa a terra del federalismo fiscale. Un argomento che peraltro ha poco a che fare con il regionalismo differenziato, perché inteso esclusivamente a garantire a tutta la Nazione un eguale trattamento nell'esigere le prestazioni essenziali.

Certamente, la decisione assunta riproporrà quella perdita di tempo stigmatizzata pesantemente dalla stessa Corte costituzionale nella sua sentenza nr. 242/2022 (red. Buscema). Quell'apprezzabile dictum con il quale il Giudice delle leggi ebbe a bacchettare gli allora dodici Governi (cui si aggiunge l'attuale) perché inattivi per la bellezza di ventuno anni (oggi quasi 24) nella concreta attualizzazione dei LEA. Quelli che altro non sono che i LEP specializzati in materia di assistenza sociosanitaria, erogati in tutto il Mezzogiorno sotto la soglia minima. Per non parlare dei già Liveas difficili a rintracciare nella erogazione locale a cura dei Comuni.

Eh già perché con i LEA siamo ancora fermi a quelli del Dpcm del 29 novembre 2001, rivisti il 12 gennaio del 2017, solo allora comprensivi di quelli afferenti all'assistenza sociale. Nessuno di questi godibili come Iddio comanda (Consulta del 2022 dixit), tanto da far divenire obsolescenti le prestazioni attive a carico del Ssn, con la conseguenza che un siffatto ingeneroso ritardo quasi venticinquennale «non trova alcuna giustificazione in relazione a un tema essenziale per la garanzia del diritto alla salute in condizioni di eguaglianza su tutto il territorio nazionale, senza discriminazione alcuna tra regioni».



Ebbene a fronte di questo, ma soprattutto tenendo conto di ulteriori quattro importanti sentenze della Consulta (nr. 282, 407 e 510/2002 e 88/2003), ci fu una consacrazione dell'allora Dpcm del 29 novembre 2001, nel senso che fu ritenuto motivatamente idoneo a rappresentare la corretta fonte normativa chiamata a determinare le prestazioni essenziali relative ai LEP/LEA.

Insomma, appena due anni fa, la Consulta affermò due principi - entrambi a difesa del diritto interesse della persona a godere della tutela della salute, a mente dell'art 32 della Costituzione - nei confronti dei quali oggi si contraddice.

Al riguardo, non è infatti data comprendere la ratio del secondo e terzo punto di incostituzionalità. Più esattamente, di quelli riguardanti:

a) il conferimento di una delega legislativa per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) priva di idonei criteri direttivi, con la conseguenza che la decisione sostanziale viene rimessa nelle mani del Governo, limitando il ruolo costituzionale del Parlamento.

b) la previsione che sia un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (dPCm) a determinare l'aggiornamento dei LEP.

Ciò in quanto sono due le eccezioni che negano l'attivazione della procedura utile a pervenire alla medesima conclusione provvedimento di quanto deciso nel 2001 e nel 2017. Un risultato che sarebbe in corretta continuità con il poker di sentenze della Consulta che ne ebbero a dichiarare la piena costituzionalità. Anzi, per come da ultimo individuato nella legge 86/2024, eleverebbero il titolo giuridico del provvedimento governativo, passandolo dal DPCM ad atto/i avente valore di legge: tanti decreti legislativi quanto saranno i Lep individuati, da ultimo, nella legge Calderoli in un atto avente valore di legge.

In relazione all'altro punto, scandito al punto quattro delle eccezioni, molto prossimo ai cartellini gialli del ritardo espressi nell'anzidetta sentenza della Corte costituzionale dell'1 dicembre 2022 nr. 242, è difficile comprendere l'attuale assunto della medesima. Ciò almeno sino a quando non si avrà modo di leggere le relative motivazioni nella sentenza. Il punto critico che riguarda la rilevata incostituzionalità - che è assolutamente propedeutico alla velocizzazione della definizione dei Lep e quindi agli elementi economico-finanziari che ne assicurerebbero la sostenibilità - è la bocciatura del ricorso al Clep, presieduto da Cassese. Prescindendo dal fatto che lo stesso trova la disciplina nella legge di bilancio per il 2023 (commi 791-801bis), non se ne comprende sia l'intervenuto esame che la ragione del decum. Essendo quest'ultima rintracciabile nella esigenza di individuare, dopo un'inerzia durata venticinque anni, quali siano i Lep riconducibili a tutte le materie individuate nell'art. 117 della Costituzione, non solo a quelle differenziabili. Peraltro, da definire con decreti legislativi, preventivamente sottoposti al giudizio del Parlamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La terza via per l'innovazione sanitaria

Accordi. Prendendo spunto dai modelli di collaborazione pubblico-privati applicati in Europa, Bcg elabora una nuova modalità per coniugare efficacia diagnostica, efficienza tecnologica e sostenibilità del Ssn, stimando un risparmio fino a 900 milioni di euro

Francesca Cerati

Più del 50% delle nostre apparecchiature diagnostiche ha più di 5 anni e circa il 30% supera i 10. E nonostante la "missione 6" del Pnrr abbia destinato 10,01 miliardi di euro per l'ammodernamento tecnologico e digitale degli ospedali, questa iniezione di capitale si è tradotta in un ricambio di alcune centinaia di macchinari solo nei primi mesi del 2024. Questo si colloca in uno scenario dove da un lato c'è un aumento della domanda di cure dovuto all'incremento della popolazione anziana (gli over 65 sono passati dal 19,2% al 24,0% in 20 anni) o affetta da patologie croniche (22 milioni di italiani, 8,8 dei quali in forma grave) e dall'altro da una sempre più rapida innovazione tecnologica. Per superare questo impasse e coniugare l'efficacia diagnostica, l'efficienza tecnologica e la sostenibilità economica nelle strutture ospedaliere, in Europa sono cresciute le collaborazioni pubblico-private. Nel 2023, il valore aggregato delle transazioni di queste collaborazioni nel mercato europeo è stato pari a 13,6 miliardi di euro su 38 progetti, con un aumento del 35% rispetto al 2022 (10,1 miliardi di euro).

Sostanzialmente sono due i modelli di riferimento, che si differenziano per grado di coinvolgimento del privato in termini di finanzia-

mento e condivisione del rischio: il Managed equipment service (Mes), un contratto di servizio a lungo ter-

mine per le tecnologie in cui il privato supporta l'azienda sanitaria pubblica nel rinnovamento tecnologico dei macchinari. In pratica, il privato prende in carico i macchinari a un costo simbolico e si occupa della manutenzione e dell'aggiornamento ricevendo un compenso tramite canone. Di fatto è un replacement senza iniezione di capitale a favore del pubblico. La seconda modalità, la Partnership pubblico-privata (Ppp), prevede invece un'iniezione di capitale da parte del privato che condivide il rischio di impresa insieme al pubblico, ma si applica per la costruzione di nuovi ospedali e non ha un obiettivo di innovazione tecnologica. Per sfruttare le potenzialità dei due modelli, superandone i limiti, Bcg ha elaborato una "terza via": un modello complementare denominato Innovation management partnership (Imp), che integra i finanziamenti privati iniziali a una gestione attiva del parco macchine. Questa formula permetterebbe di agire sull'efficienza e innovazione del parco macchine, fattore abilitante sia per un maggior accesso alle cure che per una maggiore accuratezza degli esiti clinici, mantenendo tuttavia la decisione sul tipo e volume delle prestazioni sanitarie erogate in mano alla direzione strategica dell'ospedale.

Ma quali sono i benefici economici? «Il nostro modello abiliterebbe sensibili efficienze di costo dovute a una gestione ottimizzata dei processi ospedalieri, con aumento dell'efficienza operativa e riduzione

dei costi di gestione delle apparecchiature - spiega Alessandra Catozzella, managing director e partner Bcg di Milano - Applicando questo modello alle 225 strutture sanitarie pubbliche (Asl e ospedali), le nostre analisi preliminari ci consentono di stimare un risparmio complessivo fino a 700-900 milioni di euro su un orizzonte di 10 anni, se confrontato con un caso base in cui le strutture pubbliche acquistano e gestiscono

autonomamente le apparecchiature». Un ulteriore risvolto positivo sarebbe legato all'ambito della gestione dei dati e cybersecurity. Dice Catozzella: «L'aggiornamento costante delle tecnologie riduce le vulnerabilità legate a sistemi obsoleti, mentre la gestione centralizzata permette l'implementazione di protocolli avanzati di sicurezza».

«Questo tipo di accordi - conclude l'esperta - se basati su una gestione accurata, con pilastri contrattuali solidi e clausole di salvaguardia, consentono una collaborazione più efficiente ed efficace, beneficiando dell'intervento del capitale privato come abilitatore del cambiamento, senza per questo sostituirsi alla gestione pubblica di un bene tanto prezioso come la Sanità, che riteniamo debba rimanere accessibile a tutti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il modello Imp di Bcg integra i finanziamenti privati iniziali a una gestione attiva del parco macchine



Obsolescenza. Secondo l'Osservatorio parco installato (Opi) a fine 2021 erano 37.000 le apparecchiature di diagnostica per immagini obsolete, dato confermato anche da rilevazioni del 2023



Medici specialisti, fabbisogno su del 12,4%

Aumenta il fabbisogno di medici specialisti. Per il triennio 2023-2026 è stato fissato un valore di 43.766 camici bianchi da formare, in aumento del 12,4% rispetto ai 38.942 del precedente triennio. A stabilirlo il decreto del ministero della salute del 30 agosto 2024, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 274 del 22 novembre.

Cresce, quindi, il fabbisogno di medici specialisti, come confermato dall'analisi dei numeri di Angelo Mastrillo, docente esperto di professioni sanitarie. Un aumento di quasi 5 mila unità, che sarà così suddiviso negli anni: per il 2023/2024 14.576 unità, per il 2024/2025 14.615 unità e per il 2025/2026 14.575 unità. Il decreto prevede, come da prassi, che per far fronte ad esigenze formative specifiche evidenziate dalle singole regioni e province autonome, nel caso «sussistano risorse aggiuntive», possono essere previsti ulteriori contratti di formazione specialistica in aggiunta a quelli finanziati dallo stato. Inoltre, le regioni e le province autonome nel cui territorio «non insistano atenei co corsi di laurea in medicina e chirurgia», possono attivare apposite convenzioni con università di altre regioni, in modo da destinare contratti di formazione specialistica aggiuntivi.

Il decreto specifica, inoltre, che i periodi di formazione specialistica che i medici possono svolgere all'estero, sempre nell'ambito di rapporti di collaborazione didattico-scientifica tra le università italiane e quelle straniere, non possono essere superiori ai diciotto mesi.

Il decreto, infine, è corredato dalla scheda riepilogativa di tutte le specializzazioni, suddivise per aree funzionali. Per l'area di chirurgia il fabbisogno è stato fissato a 2.943 unità, per l'area dei servizi a 4.524 unità, per la generica area funzionale di medicina si arriva a 7.109 unità. In quest'ultima si trovano specializzazioni come «allergologia e immunologia clinica» o «dermatologia e venerologia» (questi ultimi numeri fanno riferimento all'anno accademico 2023-2024).

—© Riproduzione riservata—



PROPOSTA DI RIFORMA

Anche i camici contro Nordio: “Presi in giro su colpa medica”

I medici bocciano la riforma del ministro della Giustizia Carlo Nordio sulla responsabilità medica. “Una presa in giro” dice Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato Anaa-Assomed. “Anche da un punto di vista civilistico siamo ancora troppo esposti”, osserva Roberto Carlo Rossi, presidente dell’Ordine dei medici di Milano. La riforma è stata messa a punto dalla commissione nazionale istituita nel marzo scorso da Nordio e presieduta dall’ex procuratore della Repubblica di Venezia Adelchi d’Ippolito. Elimita il campo penale della responsabilità alla colpa grave, precisandone i parametri, con la riforma di due articoli della legge. Questo per stoppare la strada alle liti temerarie. E porre un freno al dilagare delle denunce. In Italia si

contano infatti ogni anno oltre 35 mila azioni legali – delle quali il 97% in ambito penale si risolvono però con il proscioglimento –, con un costo per lo Stato (in prevalenza per la sanità pubblica) di 10 miliardi. Ma i medici non ci stanno. I sindacati e gli Ordini avevano chiesto che tra i membri della commissione ci fosse almeno un componente designato dal ministero della Salute. Così non è stato: tutti, tra giuristi e medici, sono stati nominati da Nordio. Inoltre le parti sociali non sono state convocate nemmeno per un’audizione. La riforma così non ha accolto nessuna delle loro proposte: dalla costituzione di una commissione di conciliazione obbligatoria prima della denuncia a un nucleo esterno di valutazione dei danni subiti dal paziente. Propo-

ste sulla falsariga del modello francese, dicono i medici, dove esiste questa impostazione. Per D’Ippolito la riforma, che ora dovrà essere approvata dal Parlamento, è invece un “punto di equilibrio tra la piena tutela del paziente e la serenità del medico”. Inoltre per la commissione la depenalizzazione sarebbe incostituzionale.

NATASCIA RONCHETTI



25 nov
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Omceo Milano: limitare il campo penale della responsabilità medica solo per colpa grave

Limitare il campo penale della responsabilità medica soltanto per la colpa grave con una modifica all'articolo 590 sexies. E precisarne i paramenti con l'introduzione di un ulteriore articolo, il 590 septies. Una riforma in due articoli, 'semplice' e senza alcuna depenalizzazione dell'atto medico, non solo perché sarebbe stata incostituzionale (violerebbe l'articolo 3 della Costituzione che prevede l'uguaglianza di tutti i cittadini di fronte alla legge), ma soprattutto perché non era questo l'obiettivo finale. Obiettivo che, invece, era quello di porre un freno al grande business delle denunce più o meno temerarie contro i medici, e soprattutto garantire loro serenità nel lavoro così come a tutto il sistema sanitario nazionale. Serviva cioè un cambio di approccio a fronte di oltre 35 mila azioni legali all'anno, delle quali il 97% (nell'ambito penale) si risolve con il proscioglimento, però con costi giganteschi per le casse dello Stato: si parla di 10 miliardi di costi soprattutto nella sanità pubblica, che potrebbero essere investiti in ben altri servizi sanitari. Inoltre, si è alleggerito il peso da attribuire all'aderenza alle Linee Guida, rendendole meno dogmatiche, alla possibile estensione del cosiddetto scudo penale anche situazioni non emergenziali, all'attribuzione di un onere della prova più esteso a carico di chi agisce in giudizio. Tutto questo senza negare che il problema degli errori esiste, in Italia e non solo. In particolare, riguarda,



secondo stime, infezioni correlate all'assistenza sanitaria (6-700 mila casi) che si trasformano in decessi nell'1% (parliamo comunque di 6-7 mila persone), pur in costante diminuzione. Ma in questo campo andava messo ordine. Per questo il Ministro della Giustizia, Carlo Nordio ha istituito il 28 marzo scorso una Commissione Nazionale sulla colpa medica, guidata e coordinata da Adelchi d'Ippolito. Procuratore della Repubblica di Venezia, che negli anni di carriera ha ricoperto tra i vari incarichi anche il ruolo di primo Consigliere del ministero della Salute, d'Ippolito ha presentato oggi all'Ordine dei Medici di Milano, in anteprima nazionale, il testo finale della Commissione. Una riforma che ora approderà in Parlamento per il consueto iter approvativo.

“La Commissione per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica – spiega il suo presidente, **Adelchi d'Ippolito** – è stata istituita con un decreto del ministro della Giustizia Carlo Nordio del 28 marzo scorso, oggi presenta ufficialmente la proposta di riforma che dovrà poi affrontare l'iter parlamentare. L'obiettivo non è certo l'impunità, ma quello di individuare un perfetto punto di equilibrio tra la piena tutela del paziente e la serenità del medico, perché un professionista sereno è di interesse della collettività. Con questa proposta si limiterà il campo della responsabilità penale soltanto per la colpa grave. Questo avviene con l'introduzione di un ulteriore articolo, il 590 septies, che ne indica i parametri. Dunque, non vi sarà una depenalizzazione dell'atto medico, non solo perché incostituzionale (violerebbe l'articolo 3 della Costituzione che prevede l'uguaglianza di tutti i cittadini di fronte alla legge), ma perché non era l'obiettivo della riforma. Si è infatti limitato il campo della punibilità penale alla sola colpa grave. Tutte queste indicazioni sono giunte alla commissione dopo aver ascoltato le associazioni scientifiche dei medici e il presidente della Fnomceo”.

“La depenalizzazione della colpa medica significa la non imputabilità del medico per omicidio colposo/lesioni colpose – spiega il presidente dell'Omceomi, **Roberto Carlo Rossi** -. Noi siamo favorevoli, ma vi sono pareri contrastanti tra i giuristi. Alcuni ritengono la richiesta anticostituzionale. In merito alla questione qualche passo è stato già compiuto attraverso una 'blanda' revisione del Codice penale prevista dalla Legge Gelli, risultata tuttavia poco efficace. Va detto – continua Rossi – che la stessa Gelli non viene equamente e adeguatamente applicata su tutto il territorio nazionale; pertanto, ha un ampio margine di miglioramento. Inoltre, anche da un punto di vista civilistico, i medici sono ancora troppo esposti. Infatti, se da un lato la Legge Gelli favorisce che venga chiamata in causa la struttura sanitaria piuttosto che il medico, dall'altro il medico è a sua volta spesso tratto in causa dalla struttura”.

“A sette anni dalla entrata in vigore della legge Gelli Bianco – prosegue **Giuseppe Deleo**, medico legale e Consigliere dell’Omceomi – da più parti si avvertiva la necessità di rimodellare alcuni aspetti sia in ambito civilistico che in ambito penalistico. Ora la Commissione, grazie alla presenza di molte professionalità mirate, ha completato la propria elaborazione, rivedendo, tra gli altri, importanti concetti relativi all’inquadramento della colpa e della sua complessa aggettivazione della variante ‘grave’, al peso o meno da attribuire all’aderenza alle Linee Guida, alla ‘rivitalizzazione’ della individuazione di liti temerarie con conseguenze pecuniarie per chi le intraprende, alla possibile estensione del cosiddetto scudo penale anche alle situazioni non emergenziali, all’attribuzione di un onere della prova più esteso a carico di chi agisce in giudizio”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



25 nov
2024

DAL GOVERNO

S
24

Naddeo (Aran): “Infermieri, facciamo chiarezza sugli incrementi degli stipendi”

“In merito ai recenti commenti sugli incrementi retributivi proposti da Aran per il personale infermieristico, si rende necessario fornire un’analisi dettagliata e oggettiva della proposta complessiva per garantire una corretta informazione, innanzitutto ai diretti interessati”. Lo chiarisce in una dettagliata nota il presidente Aran, Antonio Naddeo.

“Alcune valutazioni critiche, circolate nei giorni scorsi, si sono focalizzate esclusivamente sull’incremento dell’indennità di specificità infermieristica, e quindi sono incomplete e non riflettono la reale portata della proposta economica. Un’analisi corretta deve necessariamente considerare tutte le componenti dell’incremento retributivo e il loro impatto complessivo sulla remunerazione del personale infermieristico”, chiarisce.

La proposta presentata da Aran per il rinnovo contrattuale 2022-2024, sottolinea Naddeo “prevede un incremento complessivo a regime di 172,70 euro mensili per 13 mensilità, per un totale annuo di 2.245,10 euro. Tale incremento si articola nelle seguenti componenti. Stipendio tabellare: 135,00 euro mensili; indennità di specificità infermieristica: 15,66 euro mensili; indennità pronto soccorso: 6,52 euro mensili; fondi risorse decentrate: 15,52 euro mensili”.



“L’analisi approfondita della proposta - prosegue Naddeo - rende evidente che lo stipendio tabellare rappresenta il 78% dell’incremento totale, mentre le indennità specifiche (specificità infermieristica e pronto soccorso) costituiscono il 13% dell’aumento complessivo. I fondi per le risorse decentrate completano il quadro con un 9% del totale. Occorre specificare, per completezza, che l’indennità di specificità infermieristica e di tutela del malato sono state introdotte con il Ccnl 2019-2021. L’attuale valore mensile dell’indennità di specificità infermieristica è di 72,79 euro mensili, con l’incremento proposto di 5,22 euro mensili dal 1° gennaio 2024, pari al 7,2% dell’attuale valore; che, dal 1° gennaio 2025, diventano 12,28 euro mensili, pari al 17% dell’attuale valore. Con il successivo Ccnl, dal 1° gennaio 2026, l’incremento potrà arrivare fino all’85% dell’attuale valore dell’indennità. Oggi, il valore mensile dell’indennità di tutela del malato ammonta a 41,10 euro mensili. L’incremento proposto è di 2,95 euro mensili, dal 1° gennaio 2024, pari al 7,2% dell’attuale valore; che, dal 1° gennaio 2025, diventa di 9,34 euro mensili, pari al 22,7% dell’attuale valore. Dal 1° gennaio 2026, con il nuovo contratto, l’incremento potrà arrivare fino al 150% dell’attuale valore dell’indennità”.

“La proposta Aran - conclude Naddeo - si inserisce nel più ampio contesto del rinnovo contrattuale del comparto sanità e rappresenta un importante investimento nel riconoscimento della professionalità del personale infermieristico, con particolare attenzione alle specificità del ruolo e alle condizioni di lavoro in aree critiche come il pronto soccorso”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 nov
2024

DAL GOVERNO

S
24

Schillaci e Locatelli: impegno comune contro la violenza sulle donne

“La violenza contro le donne è un fenomeno grave, drammaticamente diffuso e spesso nascosto che minaccia la salute e la vita delle donne di ogni età. Questa Giornata richiama ognuno di noi alla necessità di un impegno comune per combattere ogni forma di violenza e discriminazione”. Lo dichiara il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, in occasione della Giornata internazionale per l’eliminazione della violenza contro le donne. “Per tutte le donne – aggiunge - il Servizio sanitario nazionale mette a disposizione una rete strutturata di servizi sul territorio con un ruolo centrale svolto dai Pronto Soccorso, dove è possibile intercettare la vittima di violenza perché è qui che si cerca il primo intervento sanitario”.



Il ministro rivolge un pensiero “un pensiero in particolare alle donne che lavorano nel servizio sanitario e che purtroppo sono tra le principali vittime di episodi di violenza fisica e verbale. Si tratta di aggressioni vergognose e inaccettabili contro il personale sanitario su cui siamo intervenuti immediatamente con misure importanti: abbiamo inasprito le pene per gli aggressori, introdotto l’arresto in flagranza di reato anche differita, previsto più poliziotti negli ospedali e multe più salate per chi distrugge reparti o pronto soccorso”.

“Il nostro lavoro – conclude - va avanti nella consapevolezza che la tutela delle donne è una priorità che ci riguarda tutti”.

Secondo il ministro per le Disabilità, **Alessandra Locatelli**, “nonostante il lavoro importante che è stato svolto dalle istituzioni, le campagne di sensibilizzazione, la formazione e le azioni strutturate messe in campo, il fenomeno subdolo e degradante della violenza contro le donne è ancora in crescita”. “C’è un allarme nell’allarme - aggiunge - quello delle donne con disabilità, doppiamente penalizzate e che fanno ancora più fatica a raggiungere l’indipendenza e per le quali le violenze fisiche, psicologiche ed economiche emergono ancora meno”. Per una donna con disabilità “è spesso più difficile denunciare, esporsi, essere creduta e avere accesso alle reti, o ai centri antiviolenza e ai servizi sanitari e di protezione”. “È indispensabile continuare a lavorare a tutti i livelli - aggiunge Locatelli - per garantire sempre maggiore attenzione ai temi dell’accessibilità universale nei centri antiviolenza, ai servizi sanitari e un’adeguata formazione”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



25 nov
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Giornata contro la violenza sulle donne, da Fnomceo due campagne contro le aggressioni nei pronto soccorso

Sono state 16.000 nel 2023 le aggressioni  contro gli operatori sanitari, considerando la violenza fisica, verbale e contro la proprietà. E sono 18.000 gli operatori coinvolti: di questi, i due terzi sono donne. I dati drammatici dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, resi noti dal ministero della Salute, fanno il paio con quelli di sondaggi condotti dagli ordini e dai sindacati medici. E che hanno spinto la Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, a promuovere due campagne di sensibilizzazione rivolte ai cittadini. Si tratta di poster che verranno affissi nei pronto soccorso e puntano a comunicare con i pazienti e con i loro familiari per prevenire episodi di violenza all'interno dei reparti di emergenza-urgenza, tra i setting più a rischio. Le campagne prendono il via dal 25 novembre, Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, e saranno messe a disposizione dei 106 Ordini territoriali. «Abbiamo scelto la data del 25 novembre – spiega il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli – perché secondo tutti i dati disponibili, la stragrande maggioranza dei medici vittima di aggressione sono colleghe donne. E donne sono purtroppo molte dei medici che hanno perso la vita, dottoresse che sono state uccise mentre stavano facendo il loro lavoro: Barbara Capovani, Paola Labriola, Eleonora Cantamessa, Maria Monteduro, Roberta Zedda. Questo non può che farci paura e farci riflettere su quanto la

società oggi non riesca realmente a rendere sicuro il lavoro. La violenza di genere permea purtroppo tutta la società ed è un problema enorme, di fronte al quale nessuno può rimanere indifferente. Anche in sanità è una questione importantissima, perché oggi le donne che lavorano al suo interno sono sempre di più, fra i medici in attività sono la maggioranza».

Da qui le due campagne, rivolte ai pazienti, che seguono lo spot di marzo e due corsi Ecm, attualmente fruibili da tutti i medici e gli odontoiatri sulla piattaforma Fadinmed, uno sulle cause della violenza e uno, pratico, sulle tecniche per riconoscere e disinnescare l'escalation di rabbia che può portare a un'aggressione.

La prima campagna si intitola "Mentre aspetti" e cerca di mostrare a chi attende fuori cosa avviene al di là di quella porta chiusa che hanno varcato i pazienti.

"Mentre aspetti, pensa che una diagnosi richiede tempo"; "Mentre aspetti pensa che ci stiamo prendendo cura della persona che ami"; "Mentre aspetti pensa che in altri Paesi si accede alle cure solo con la carta di credito"; "Mentre aspetti pensa che l'unico nemico qui è la malattia"; "Mentre aspetti pensa che al di là dal vetro stanno salvando delle vite".

Sono queste le headline dei poster, che mettono in luce i punti di forza del nostro Servizio sanitario nazionale e sono accompagnati da immagini di medici e pazienti in momenti di cura. In coda ad ogni messaggio, la campagna fa appello ai cittadini: "In pronto soccorso ce la mettiamo tutta per aiutarti. Sii paziente".

La seconda campagna mette invece in evidenza le possibili conseguenze penali di un'aggressione al personale sanitario e sottolinea anche in questo caso il carattere universale, equo e solidale del Ssn: "Qui curiamo tutti, senza distinzioni"; "In tanti Paesi l'assistenza sanitaria è solo per ricchi". Le immagini ritraggono medici che guardano l'interlocutore dritto negli occhi e cercano di stabilire un canale di comunicazione per spiegare in cosa consiste il proprio lavoro e perché talvolta i cittadini siano costretti ad aspettare: "Facciamo ore e ore di straordinari"; "Lo sappiamo che aspetti da ore. È perché dobbiamo andare dal più grave al meno grave".

«Il problema della violenza – dichiara Anelli - non può risolversi senza interventi strutturali che colmino le carenze di personale e garantiscano condizioni di lavoro sicure ai medici. I recenti interventi del Governo a livello legislativo si sono rivelati efficaci e hanno già portato all'arresto dell'aggressore a Lamezia terme. Tuttavia, serve anche un'azione culturale che incida sul modo in cui i cittadini guardano al Servizio sanitario nazionale, come bene comune da tutelare. Da queste considerazioni nasce l'idea di queste campagne di sensibilizzazione che puntano a ricucire il rapporto medico-paziente logorato da cause che sono esterne all'operato dei medici e di cui gli operatori sanitari sono le prime vittime. Siamo partiti dal pronto soccorso perché rappresentano, insieme al 118, alla psichiatria,

soprattutto territoriale, alle guardie mediche, uno dei settori in cui le violenze sono più frequenti e in cui è quanto mai necessario un dialogo con i cittadini. Abbiamo bisogno che nell'organizzazione la comunicazione con il paziente diventi una parte strutturata, importante. Se la gente si sente accolta e compresa nel suo disagio, questo toglie buona parte di quel terreno di coltura su cui si innesta poi la violenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CAMBIO DELLA GUARDIA NEI GIALLI

Tutte le divisioni tra i pentastellati delle origini e la svolta sancita da Sky Vote

Cannabis libera ed eutanasia Il programma dei «Contini»

CHRISTIAN CAMPIGLI

••• Cannabis libera, denaro digitale ed eutanasia. Il Movimento Cinque Stelle, quell'insieme di improvvisati della politica, eterodiretti e guidati in ogni singola decisione da Beppe Grillo, non esiste più. Le consultazioni online svoltesi sabato non hanno solo escluso la figura del garante, ma hanno, de facto, disegnato un partito completamente nuovo rispetto alla creatura un pò naïf voluta e pensata da GianRoberto Casaleggio. Partiamo dalla collocazione: i nuovi grillini non hanno più la velleità di rappresentare un modello nuovo e fuori dagli schemi, ma un'entità chiaramente progressista, non legata alla tradizione socialista ottocentesca e ben distinta dal Pd. Al tempo stesso le alleanze, che agli albori erano considerate il male assoluto (basti ricordarsi del surreale incontro, trasmesso in streaming, tra l'allora premier Matteo Renzi e la delegazione grillina), oggi sono considerate fondamentali per la sopravvivenza prima, per poter sperare di tornare al governo poi.

Un discorso del tutto simile a quello del doppio mandato: uno non vale più uno, ma la qualità delle persone, la loro esperienza sul campo deve essere difesa e valorizzata. Anche in questo caso non serve la lente di ingrandimento per capire un'autentica rivoluzione del partito oggi guidato da Giuseppe Conte, vero regista di questo ribaltone. Un partito di sinistra, che vuol strizzare l'occhio ai giovani (e anche a una serie di multinazionali statunitensi e canadesi) con la liberalizzazione della cannabis. Uno stratagemma utile anche per porsi in totale divergenza col centrodestra, storicamente contrario a qualsivoglia apertura sul tema delle droghe leggere. E che dire del superamento del contante: un tema volutamente identitario, in grado di spaccare il Paese tra chi è convinto che l'uso esclusivo delle carte di credito eliminerà l'evasione fiscale e il nero e chi ricorda come il contante sia una forma di libertà e di difesa della propria privacy. L'idea di fondo, che in un certo elettorato potrebbe funzionare, è quello di rappresenta-

re un'entità che vada ad integrare il Pd: ma che sia molto netta nei temi proposti, a costo di apparire come radicale. L'idea di voler tornare ad una sanità nazionale è un tentativo, piuttosto evidente, di strizzare l'occhio al principale bacino elettorale: il Meridione d'Italia, convinto che la riforma sull'Autonomia Differenziata penalizzerà il Sud e, in particolar modo, il comparto ospedaliero. Un partito lontano dai valori cattolici, che non ha paura di dichiararsi a favore di una legge perentoria sul fine vita, ma che cerca anche di scippare voti ad Avs sul tema più caro ad Ilaria Salis: il progressivo superamento dei carceri (almeno, per come li intendiamo oggi) e l'edificazione (indovinate un pò a spese di chi) di Case di Comunità per i detenuti. Il Movimento romantico, spesso improvvisato e un pò caciaronone non c'è più e per arginare le numerose debacle occorse alle elezioni comunali e regionali, gli iscritti hanno dato mandato di organizzare grup-

pi territoriali. Non serve essere un politologo per comprendere come, la somma di questi provvedimenti, incanala il Movimento 2.0 in un contesto più tradizionale. Una scelta che, come era prevedibile, non è affatto piaciuta a tutti. Ad iniziare dall'ex ministro delle Infrastrutture, Danilo Toninelli, che in un breve ma intenso video pubblicato sui social ha invitato gli iscritti a non abbandonare la nave. «Ci sarà un'azione legale in cui il legittimo proprietario del simbolo farà valere la propria posizione. Il sogno è stato calpestato, ma non è definitivamente morto».



Contestazione
I grillini della
prima ora
contestano Conte
all'assemblea di
Nova
(LaPresse)



La terapia per l'Alzheimer è davvero una rivoluzione?

Origine della malattia Studi falsificati

Caterina Mazzolani

Nelle scorse settimane, il Comitato per i medicinali a uso umano (Chmp) dell'Ema ha cambiato idea rispetto al primo pronunciamento, e ha dato il via libera all'uso del lecanemab, l'anticorpo monoclonale diretto contro la proteina beta amiloide, da somministrare nelle forme molto precoci di Alzheimer, e solo a persone con uno specifico corredo genetico. Pochi giorni prima, il National institute for clinical excellence (Niuice) britannico, che decide le terapie da rimborsare in base all'efficacia, aveva assunto una posizione opposta su un anticorpo molto simile, il

donanemab, affermando che la sua scarsa attività non giustificava i costi elevati e i rischi per i pazienti.

Dal 2021, anno dell'approvazione del primo di questi anticorpi (aducanumab), a oggi, le decisioni di segno opposto hanno segnato tutto il percorso di terapie che, nelle intenzioni delle aziende, avrebbero dovuto rivoluzionare l'approccio all'Alzheimer. Le cose, però, non stanno andando affatto così, per motivi di diverso tipo, che Agnese Codignola ripercorre nel suo libro appena uscito per Bollati Boringhieri, intitolato Alzheimer Spa - Storie di errori e omissioni dietro la cura che non c'è. Gli anticorpi monoclonali sono stati realizzati seguendo un'idea semplice: poiché nell'Alzheimer si formano placche di beta amiloide, se si sciolgono quelle placche si elimina il problema. Probabilmente questa

è sempre stata un'idea naif, troppo semplicistica per una malattia che, come il cancro, è multifattoriale e si sviluppa nell'arco di decenni. Inoltre, quando un cervello è pieno di placche, i danni sono tali da non essere recuperabili, infatti, anche quando gli anticorpi le sciolgono, l'effetto sulle prestazioni cognitive è a malapena visibile: da qui i dubbi delle agenzie regolatorie.

Ma c'è di più, perché l'iter che ha portato alle approvazioni è stato costellato, anche, da uno dei mali della ricerca contemporanea: le frodi scientifiche. Come racconta Codignola, all'origine del pensiero dominante ci sono stati studi falsificati, con dati e immagini contraffatte. Se ci fosse stata maggiore attenzione da parte di tutti, quei lavori non sarebbero mai stati pubblicati, e la ricerca sarebbe stata meno permeata dal pensiero del-

l'amiloide, e più libera. Oggi, aver in parte screditato quell'ipotesi ha lasciato spazio a idee alternative, che prima avevano incontrato difficoltà enormi. Tra quelle più interessanti avanzano le infezioni virali localizzate al cranio come quelle da herpes, i traumi, l'inquinamento, la dieta e il microbiota. E poi c'è la prevenzione: adottando il giusto stile di vita si potrebbe evitare un caso su due. A costo zero, con efficacia garantita e senza rischi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL LIBRO



ALZHEIMER S.P.A.
Storie di errori e omissioni
dietro la cura che non c'è,
di Agnese Codignola, edito
da Bollati Boringhieri



25 nov
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Congresso Simg: innovazione e formazione per rilanciare le cure territoriali

La Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) è pronta ad accogliere oltre tremila medici di famiglia per il 41° Congresso Nazionale, che si svolgerà in forma ibrida. L'evento prenderà il via sabato 23 novembre con sessioni virtuali, mentre dal 28 al 30 novembre i partecipanti si riuniranno in presenza a Firenze, presso la Fortezza da Basso. Tutte le sessioni saranno consultabili on demand fino al 31 marzo 2025. In un momento di ripensamento per il SSN – segnato da risorse limitate, un progressivo invecchiamento della popolazione e la necessità di riforme territoriali – la SIMG risponde con iniziative innovative. Tra queste, spiccano la SIMG Academy e il SIMG Lab Village, strumenti all'avanguardia per la formazione delle nuove generazioni di medici.



“La pandemia è ormai alle spalle, ma il SSN affronta nuove criticità, soprattutto per i medici di medicina generale – sottolinea Alessandro Rossi, presidente SIMG –. Anche recentemente la Medicina Generale è stata sottoposta a critiche. La nostra risposta consiste nella condivisione di un’idea di una professione che può evolvere e stare al passo con i tempi, purché sia sostenuta dalle istituzioni e alla condizione che, come promesso proprio durante la pandemia, si dia un supporto alle cure territoriali, che servono non solo per proteggere gli ospedali e i Pronto Soccorso che sono in una situazione critica, ma la popolazione stessa, che è sempre più anziana e con molte comorbidità. In questa direzione realizziamo la formazione del

Medico di Medicina Generale del domani. Non esiste un Ssn pubblico ed efficiente senza cure primarie al passo coi tempi”.

“Il Congresso nazionale della Simg è un momento unico di ritrovo tra medici di medicina generale che provengono da differenti realtà italiane – evidenzia Ignazio Grattagliano, Vicepresidente SIMG - È un momento di confronto tra esperienze diverse che contribuisce a creare un crogiuolo di idee e di iniziative di crescita professionale che partono dal dibattito di politica sanitaria per arrivare alla premiazione dei migliori elaborati della ricerca nel campo specifico delle cure primarie”.

ACADEMY E LAB: LA SIMG GUARDA AL FUTURO

Uno dei punti di forza del congresso SIMG, dove oltre il 70% degli iscritti ha meno di 40 anni, oltre alle numerose sessioni scientifiche, è la formazione sul campo, promossa attraverso le più moderne tecnologie, disponibili nei venti laboratori del SIMG Lab Village. Questi laboratori permettono ai clinici di acquisire nuove competenze pratiche con robot, manichini ad alta fedeltà, software procedurali, realtà aumentata e altri strumenti che ricreano situazioni, ambienti, patologie, interventi, simulandoli in scenari realistici per insegnare procedure diagnostiche e terapeutiche, ripetere processi e concetti medici, assumere decisioni da parte di un professionista. Pratiche comuni come la lettura di un elettrocardiogramma, l'uso dello spirometro, l'applicazione di un catetere vescicale, la palpazione di noduli mammari, l'ecografia, la terapia palliativa, la gestione del paziente anziano potranno essere sperimentate dai giovani medici.

La novità di quest'anno è la SIMG Academy: una palestra di ragionamento clinico dove i MMG saranno a confronto con specialisti di varie società scientifiche. Sarà un'occasione per affrontare alcune tematiche quotidiane della medicina generale, come la gestione della BPCO, il dolore infiammatorio, le infezioni delle vie urinarie, l'obesità e ciò che ruota intorno alle comorbidità cardio-metaboliche. Sempre nell'ottica della formazione, nel Congresso SIMG si svolgeranno gli esami conclusivi dei corsi di certificazione di Medico di Medicina Generale esperto in varie discipline, un titolo riconosciuto internazionalmente che permette a chi lo consegue di offrire consulenze cliniche ai colleghi sia nelle case di comunità che negli ospedali, partecipare a progetti di formazione, collaborare all'elaborazione dei PDTA e contribuire alla ricerca. Inoltre, le sessioni “SIMG discute di...” permetteranno anche un confronto su temi di particolare rilevanza etica e sociale. Saranno poi assegnati due premi alle ricerche scientifiche più originali pubblicate nel setting della Medicina Generale.

Il 41° Congresso SIMG si presenta dunque non solo come il più importante appuntamento della Medicina Generale del Paese, ma anche un punto di

partenza per ridisegnare il futuro delle cure primarie in Italia. Perché il futuro del SSN passa dalla forza della Medicina Generale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 nov
2024

SENTENZE

S
24

Prelievi e screening: i chiarimenti del Tar Campania sulle funzioni di farmacie e laboratori di analisi

di Paola Ferrari



[La sentenza del Tar Campania su farmacie e laboratori di analisi](#)

Non è predicabile l'assimilazione tra farmacie e laboratori di analisi, in quanto divergono la natura delle strutture, la funzione assolta e la conformazione dei loro compiti, esplicitandosi in ambiti diversi. In particolare, la prima consiste in una struttura aziendale che svolge attività meramente commerciale di acquisto e rivendita di prodotti farmaceutici, che in detta attività trova la sua ragion d'essere, che neppure in via residuale svolge attività di diagnosi e terapia medica, che all'occorrenza può svolgere non di propria iniziativa ma su istanza dell'interessato un'attività di aiuto materiale nell'utilizzo di prestazioni terapeutiche che di regola il paziente deve essere in grado di gestire da solo.



Con questa massima, il Tar per la Campania (sentenza n. 14 novembre 2024, n. 6225, sezione prima) ha parzialmente accolto il ricorso di FEDERLAB ITALIA e ATI Laboratori Italiani Riuniti (L.I.R.) nei confronti della Regione, del Ministero della Salute e di Federfarma, e per l'effetto ha annullato il

Decreto Dirigenziale della Regione Campania - Dipartimento per la tutela della Salute e il Coordinamento del sistema sanitario regionale n. 939 del 29/12/2023, per ciò che concerne l'Allegato 6 - "Accordo Attuativo per effettuare screening oncologici", limitatamente all'art. 2 ("Utilizzo di aree, locali o strutture esterne alla farmacia").

Ha ritenuto, al contrario, irrilevante e manifestamente infondata, la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 2, lett. e-ter) del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, come integrato dall'articolo 1, comma 420, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, per presunto contrasto con gli articoli 3, 32 e 117 della Costituzione, nella parte in cui consente alle farmacie di eseguire "test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare" senza prescrivere apposita autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio ex articoli 8 e 8 ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Il giudizio

La FEDERLAB (ente esponenziale degli operatori della sanità privata nella branca della patologia clinica) e l'ATI Laboratori Italiani Riuniti (operante in Campania in regime di accreditamento con il S.S.N., nel settore dei laboratori di analisi), impugnarono il decreto dirigenziale n. 939 del 29/12/2023, con cui la Regione approvò e ratificò gli accordi con le Associazioni di categoria dei titolari di farmacie pubbliche e private convenzionate, per le attività della cd. "Farmacia di Servizi", relativamente agli allegati 5 e 6, riguardanti la somministrazione di test per l'emoglobina glicata e il quadro lipidico e l'effettuazione di screening oncologici al di fuori dei locali della farmacia.

Vennero proposti quattro motivi di ricorso, deducendo plurimi profili di violazione di legge ed eccesso di potere.

La sentenza ampiamente articolata, e destinata a fare giurisprudenza, ha ripercorso la storia normativa che ha portato a dotare le farmacie ad assumere un nuovo ruolo nell'attività di prevenzione e cura delle malattie attraverso la fornitura di servizi di primo livello, rivolti all'intera popolazione (collaborazione a programmi di educazione sanitaria e a campagne di prevenzione: lett. b) e c) del cit. art. 11, co. 1) e di secondo livello, concretatesi in prestazioni a favore dei pazienti che le richiedano e, nel contempo, ha chiarito i limiti dell'erogazione di alcuni servizi ormai ampiamente diffusi nelle farmacie.

Emoglobina glicata. La platea degli assistiti ai quali può essere misurata

Il protocollo di intesa prevede che le farmacie, previa comunicazione all'ASL, possono somministrare i test per il dosaggio dell'Emoglobina Glicata (HbA1c) e del Quadro Lipidico (QLip), dopo aver accertato l'identità del

richiedente e acquisito la tessera sanitaria, nonché ricevendo il suo consenso informato e valutando l'idoneità a sottoporsi ai test (Allegato 5, art. 1).

A carico delle farmacie è posto l'impegno a registrare sul software regionale l'esito dei test (art. 2).

Le stesse prescrizioni e analoghi adempimenti sono dettati per lo screening oncologico (Allegato 6, artt. 1 e 3).

Per le ricorrenti, l'apertura così ampia porterebbe a somministrare il test a tutti gli utenti oltre i confini tracciati dalla normativa di riferimento, travalicando i limiti segnati dai criteri stabiliti a livello nazionale, tesi respinta dal Tar.

Venendo al merito della questione, afferma la sentenza, va detto che il D.M. 16 dicembre 2010, laddove assegna alle farmacie la possibilità di erogare prestazioni analitiche di prima istanza mediante l'utilizzo di dispositivi per «test autodiagnostici», “in caso di condizioni di fragilità di non completa autosufficienza”, non pone in capo al farmacista la supposta inderogabile necessità di accertare l'esistenza di tali condizioni.

L'art. 1 del D.M. definisce i test autodiagnostici in quelli “gestibili direttamente dai pazienti in funzione di autocontrollo a domicilio”, ai quali si può far ricorso con l'ausilio del farmacista, qualora sia difficoltoso usarli personalmente.

Pertanto, la condizione di fragilità di non completa autosufficienza non denota uno stato di salute di cui occorra accertare la ricorrenza, prima di procedere all'erogazione della prestazione, trattandosi invero di una situazione di fatto in cui versa il paziente che, incontrando difficoltà ad autosomministrarsi il test, faccia ricorso al farmacista che lo aiuti nell'operazione materiale occorrente (cfr. TAR Lazio, cit.).

Inoltre, la somministrazione dei test è posta in stretta correlazione alla campagna di prevenzione del rischio cardiovascolare e, in quest'ottica, l'apporto delle farmacie si mostra ausiliaria ai pertinenti e specifici compiti del servizio pubblico sanitario, sotto un versante del tutto differente dall'attività delle strutture laboratoriali.

Possibilità da parte delle farmacie di effettuare il prelievo di sangue capillare

L'ulteriore punto di conflitto tra biologi e farmacisti, si incentra sul richiamo, contenuto in premessa nel decreto dirigenziale, all'art. 1, comma 2, lett. e-ter), del d.lgs. n. 153/2009, introdotta dall'art. 1, co. 420, della legge n. 178/2020 e relativo alla “effettuazione presso le farmacie da parte di un farmacista di test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare”.

A detta delle ricorrenti, questa possibilità avrebbe l'intento di riconoscere ai farmacisti non solo l'esecuzione di test di autocontrollo "autodiagnostici", ma anche "diagnostici", eseguibili da prelievo capillare. Obiettano che tale scelta legislativa abbia riflessi sotto il versante autorizzativo.

Ciò in quanto i test di autocontrollo, ai sensi della lettera e) dell'art. 1, co. 2, del d.lgs. n. 153/2009, escludono l'attività di diagnosi, laddove al contrario le prestazioni di cui alla lett. e-ter) contemplano l'elaborazione del campione da parte del farmacista, attinente alla diagnosi (come si evince dagli Accordi impugnati, ove è previsto un obbligo di refertazione da parte del farmacista: art. 6 del Protocollo n. 5, per i test di emoglobina glicata e quadro lipidico; art. 7 del Protocollo n. 6, per gli screening oncologici).

Contestano tale scelta, in quanto vengono attribuite alle farmacie funzioni di elaborazione e diagnosi proprie delle strutture di laboratorio, per le quali è necessaria l'autorizzazione ex art. 8-ter del d.lgs. n. 502/92.

Anche questa contestazione è stata respinta.

Diversamente dal prelievo di sangue venoso quello capillare è una procedura attraverso cui si raccoglie un campione di sangue, al fine di indagare lo stato di salute, il cui esame è effettuato in laboratorio.

Per i farmacisti resta fermo il divieto di "attività di prescrizione e diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti", ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. e), del d.lgs. n. 153/2009 e dell'espressa previsione dell'art. 1, co. 2, del D.M. 16/12/2010 ("è vietato l'utilizzo di apparecchiature che prevedano attività di prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi").

La possibilità di effettuare il prelievo di sangue capillare si lega alla raccolta del dato sanitario, consentendo al farmacista il prelievo di sangue capillare, con un dispositivo che emette lo scontrino con i valori riportati. Va così intesa la "refertazione" a cui è fatto solo incidentalmente riferimento negli Accordi, che affidano al farmacista i compiti di registrare il paziente sulla piattaforma informatica, effettuare il test e refertarlo, conservando la documentazione (Allegato 5, art. 6; Allegato 6, art. 7).

Non vi è alcuna "invasione di campo", afferma la sentenza, può quindi desumersi dalla previsione di legge, che non sottrae affatto ai laboratori autorizzati le funzioni ad esse spettanti e disimpegnate con figure professionali specifiche, quali biologi e chimici.

Lo spazio separato per i test diagnostici non è spazio all'aperto

La sentenza ha accolto l'osservazione in merito alla possibilità di utilizzare spazi esterni alla farmacia, La possibilità di utilizzare spazi esterni alla

farmacia, afferma la sentenza, per la somministrazione del test colon-retto per la rilevazione di sangue occulto nelle feci, si mostra allo stato priva di copertura legislativa e insuscettibile di essere introdotta con un atto amministrativo.

Sul piano dell'interesse che muove le ricorrenti, va precisato che tale possibilità ne lede le prerogative, in quanto invasiva delle funzioni dei laboratori di analisi, disimpegnate in strutture dotate dei requisiti impiantistici e strutturali, mentre sono assenti per le farmacie prescrizioni che assicurino l'idoneità dei locali (e che, inoltre, garantiscano il corretto equilibrio della rete delle farmacie).

Ciò posto, l'indicazione secondo vadano utilizzati "spazi dedicati e separati dagli altri ambienti" (art. 4, cit.) non può essere altrimenti riferita che a locali interni alla farmacia, non autorizzando l'applicazione di quanto diversamente previsto dall'art. 1, co. 2, lett. e-quater), del d.lgs. n. 153/2009.

È pacifico, secondo i giudici, che l'uso all'aperto, fu autorizzato per la somministrazione presso le farmacie, "di vaccini anti SARS-CoV-2 e di vaccini antinfluenzali (art. 2, co. 8-bis, del D.L. 24 marzo 2022, n. 24, convertito con modificazioni dalla legge 19 maggio 2022, n. 52), nonché per l'effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelievo del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza".

Per le altre prestazioni, il D.M. 16/12/2010 stabilisce che: "le farmacie pubbliche e private, per l'effettuazione delle prestazioni e l'assistenza ai pazienti che in autocontrollo fruiscono delle prestazioni di cui agli articoli 2 e 3, utilizzano spazi dedicati e separati dagli altri ambienti, che consentano l'uso, la manutenzione e la conservazione delle apparecchiature dedicate in condizioni di sicurezza nonché l'osservanza della normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in base a linee guida fissate dalla Regione" (art. 4).

Esclusivamente in tali casi è consentita l'effettuazione delle prestazioni "in aree, locali o strutture, anche esterne, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza".

Tariffe. Disparità di trattamento tra farmacie e laboratori d'analisi

La sentenza analizza anche il tema della disparità di trattamento tra farmacie e laboratori d'analisi nel punto in cui i censurati Accordi prevedono la remunerazione di tariffe superiori a quelle stabilite per le strutture accreditate, in spregio a principi concorrenziali, secondo i biologi, e attuando una distorsione del mercato delle prestazioni, peraltro a vantaggio di farmacisti meno qualificati rispetto ai biologi o ai chimici.

Nel caso di specie va ribadita, afferma la sentenza, differenziazione tra le prestazioni della “farmacia di servizi” e dei laboratori di analisi, che ne esclude l’equiparazione.

Per il finanziamento della sperimentazione riguardante le prestazioni erogate dalle farmacie di servizi – attuata in 9 Regioni (cfr. art. 1, co. 404, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, che risulta avviata in Campania nel 2020) – è stata autorizzata la spesa di € 6 miliardi per l’anno 2018, € 12 miliardi per l’anno 2019 e € 18 miliardi per l’anno 2020, a valere sulle risorse di cui all’art. 1, co. 34 e 34-bis, della legge n. 662/1996 (art. 1, co. 406, legge cit.). Trattasi dunque di una forma speciale di finanziamento, afferma la sentenza, che rende incomparabili le situazioni rappresentate, privando le ricorrenti dell’interesse a contestare la remunerazione di tariffe che scaturiscono dall’applicazione di una disciplina alla quale esse sono estranee (a prescindere dalle differenti condizioni, in termini di costi, posti in luce dalla Regione nell’esibita nota della Direzione Generale dell’11/4/2024 prot. 185996).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ospedali come far west Infermiere aggredito da un paziente ubriaco

Masiero a pagina 17



Infermiere preso a calci Arrestato e subito libero

Paziente ubriaco picchia l'uomo che lo stava curando al pronto soccorso
La rabbia dei sindacati per l'ennesima aggressione: «Serve più polizia»

di **Gabriele Masiero**

PISA

Ubriaco e molesto aggredisce prima il personale sanitario del pronto soccorso dell'ospedale di Pisa e poi anche il vigilante intervenuto in soccorso del sanitario, ma dopo essere arrestato dalla polizia, con la nuova legge della flagranza differita, è stato scarcerato oggi perché incensurato e perché l'aggredito ha riportato solo lievissime contusioni.

Protagonista della vicenda è stato un livornese di quarantadue anni che domenica è stato accompagnato dal padre al pronto soccorso pisano perché in stato di alterazione psicofisica dopo l'assunzione di alcolici e che oggi è di nuovo a piede libero.

L'episodio avvenuto domenica riporta pertanto alla ribalta il tema della sicurezza negli ospedali e, più in generale, della prote-

zione del personale che lavora nei luoghi di cura, dimostrando, osserva Daniele Carbocci, segretario provinciale del sindacato degli infermieri Nursind, «che le leggi così come sono non bastano a fare deterrenza, ma serve un maggiore presidio di polizia all'interno dei pronto soccorso degli ospedali, perché anche la presenza delle guardie giurate non è sufficiente – ribadisce ancora Carbocci – e comincia a dare fastidio anche il refrain dei corsi di formazione rivolti al personale sanitario per imparare a gestire eventuali situazioni di conflitto: siamo infermieri, non bodyguard».

L'aggressione segue di una ventina di giorni un fatto analogo costato la vita un pensionato di settantannove anni che lo scorso 5 novembre è stato spintonato senza motivo da un ubriaco, mentre si trovava nella sala di attesa del pronto soccorso pisano. L'anziano fu scaraventato a terra sbattendo violentemente la testa e dopo dieci giorni di

agonia è morto. Per quell'aggressione un romeno di quarantasette anni, già noto alle forze dell'ordine, si trova attualmente in carcere.

Questa volta l'esito è stato fortunatamente meno grave e l'aggressore, nonostante la recente modifica normativa, ha evitato di finire in cella. Resta però l'amarrezza dei colleghi di lavoro della vittima: «Non c'è altra soluzione a quella di presidiare il pronto soccorso con le forze di polizia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CARBOCCI (NURSIND)

«Le leggi così come sono non bastano a fare deterrenza perché anche avere le guardie giurate non è sufficiente»



LE NOMINE NELLE ASL

Fdl, Forza Italia e Pd chi governa la sanità

Rocca conferma i suoi commissari. Intanto i partiti fanno la conta dei manager
Ci sono tutti (anche i dem all'opposizione) tranne la Lega, rimasta senza dirigenti

Due manager a Forza Italia, due al Pd e tutti gli altri a FdI, con la Lega completamente fuori dalla partita. Appare questo lo schema che, a pochi giorni di distanza dai colloqui con cui la commissione regionale sceglierà i nuovi direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio, consentirà di disegnare la nuova geografia del potere a Roma e nelle province. Nessuno scossone particolare. Secondo i rumors pochi posti in bilico e tante conferme. Ma comunque una rivoluzione per il territorio, considerando che con le nuove designazioni il governatore Francesco Rocca

non avrà più alibi: se non vi sarà un cambio di passo non potrà più sostenere che la colpa è di vertici che non sono stati indicati da lui. Aggiungendo che a completare il mosaico vi saranno i direttori sanitari e amministrativi, oltre alle altre figure dirigenziali, utili a far piantare qualche bandierina anche a chi sulle nomine principali non ha potuto avere voce in capitolo. Una squadra che avrà un primo grande banco di prova tra meno di un mese, con l'inizio del Giubileo, quando gli ospedali dovranno far fronte ai bisogni anche degli oltre 30 milioni di pellegrini che affluiranno nella Capitale. In

quasi due anni Rocca ha puntato tutto sui commissari. Tanto che attualmente delle 18 Asl, aziende ospedaliere e istituti di ricerca del Lazio ben 12 hanno un commissario. Ora si cambia.

di **Clemente Pistilli** ● a pagina 3

LE SCELTE DI ROCCA

Sanità, via alle nomine Nella mappa del potere c'è il Pd, esclusa la Lega

di **Clemente Pistilli**

Due manager a Forza Italia, due al Pd e tutti gli altri a FdI, con la Lega completamente fuori dalla partita. Appare questo lo schema che, a pochi giorni di distanza dai colloqui con cui la commissione regionale sceglierà i nuovi direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio, consentirà di disegnare la nuova geografia del potere a Roma e nelle province. Nessuno scossone particolare. Secondo i rumors po-

chi posti in bilico e tante conferme. Ma comunque una rivoluzione per il territorio, considerando che con le nuove designazioni il governatore Francesco Rocca non avrà più alibi: se non vi sarà un cambio di passo non potrà più sostenere che la colpa è di vertici che non sono stati indicati da lui. Aggiungendo che a completare il mosaico vi saranno i direttori sanitari e amministrativi, oltre alle altre figure dirigenziali, utili a far

piantare qualche bandierina anche a chi sulle nomine principali non ha potuto avere voce in capitolo. Una squadra che avrà un primo grande banco di prova tra meno di un mese, con l'inizio del Giubileo, quando gli



ospedali dovranno far fronte ai bisogni anche degli oltre 30 milioni di pellegrini che affluiranno nella Capitale.

In quasi due anni Rocca ha puntato tutto sui commissari. Tanto che attualmente delle 18 Asl, aziende ospedaliere e istituti di ricerca del Lazio ben 12 hanno un commissario anziché un direttore generale. Figure facili da nominare e ancor più facili da rimuovere. «Tenete pronti i trolley», assicurano di essersi sentiti ripetere in questi mesi diversi manager. Tenere tutti sulla corda non sembra però aver prodotto sinora risultati significativi nella malandata sanità del Lazio, che intanto continua ad assorbire il 70% circa del bilancio regionale, 12 miliardi su 18. Al punto che misure straordinarie, come l'acquisto di posti letto da privati di cui hanno beneficiato in particolare le cliniche del deputato leghista Antonio Angelucci, sono diventate sostanzialmente strutturali, con il nuovo piano sanitario in cui è previsto, per far respirare il pronto soccorso e snellire le liste d'attesa, l'investimento di circa due miliardi l'anno da destinare alle strutture convenzionate. Alla fine è giunta l'ora di chiudere definitivamente la stagione di Nicola Zingaretti e del Pd e di nominare dei direttori generali aprendo a tutti gli effetti la stagione

delle destre.

Ecco dunque che a Forza Italia dovrebbero andare l'Asl Roma 3 e la Roma 4. Nella prima però, stando sempre alle ipotesi che circolano a destra, confermando l'attuale direttore generale Francesca Milito, scelta dai dem ma che va bene anche agli azzurri, mentre nella seconda dovrebbe andare sempre una manager sul cui nome viene mantenuto uno stretto riserbo. Autorevoli fonti del centrodestra assicurano che l'intesa è stata trovata con un confronto diretto tra un esponente di Fratelli d'Italia, uno di FI e uno del Partito democratico. Ecco così che ai dem resterebbero l'Asl Roma 5, con Silvia Cavalli, e l'Ares 118 con Narciso Mostarda. Alla Roma 1 verrebbe confermato come direttore generale l'attuale commissario Giuseppe Quintavalle, che aspirerebbe però a breve a una direzione del Ministero, alla Roma 2 il commissario Francesco Amato, vicinissimo al direttore della Direzione salute, Andrea Urbani, e alla Roma 6, anche se a lungo ritenuto in bilico, Francesco Marchitelli, sostanzialmente tutti in quota FdI. Fratelli d'Italia, e nel pontino insieme ai centristi, otterrebbe poi la nomina a direttori degli attuali commissari di Rieti, Mauro Maccari, Viterbo, Egipto Bianconi, e Latina, Sabrina Cenciarelli. La partita è ancora aperta

su Frosinone. In molti a destra non vogliono la nomina a direttore della commissaria Sabrina Pulvirenti, vicina però alla presidente della commissione sanità Alessia Savo, e c'è chi parla di un suo trasferimento all'Ares e dell'arrivo a Frosinone di Mostarda.

Resta saldo alla guida dell'Umberto I il manager Fabrizio d'Alba e dovrebbe essere confermato senza problemi al San Camillo il manager Angelo Aliquò. Rocca sembra non volesse nominare al Ptv direttore la commissaria Isabella Mastrobuono, blindata però dal Ministero della salute, mentre al Sant'Andrea avrebbe deciso di confermare la manager Daniela Donetti, scelta dai dem ma a cui lo stesso governatore è legato da lunga data. Blindata al San Giovanni la manager Maria Paola Corradi, vicinissima all'assessore e uomo forte di FdI, Giancarlo Righini, e verso la conferma agli Ifo il commissario Livio De Angelis. Realmente in forse sarebbe invece soltanto la commissaria dello Spallanzani, Cristina Matranga. Una divisione del potere in cui sono rientrate anche le conferme a LazioDisco di Simone Foglio e di Antonio Mallamo all'Astral, questa volta su indicazione di FI.

***Nella Capitale
e nelle province
sui vertici delle Asl
FdI pigliatutto
Spazio a FI e dem***

***Finita la stagione
del "tenete
i trolley pronti"
Restano pochissimi
i nomi in bilico***



I manager

d'Alba
Irremovibile
alla guida
dell'Umberto I,
con rapporti
bipartisan



Milito
Scelta da
Zingaretti alla
Roma 3 e verso
la conferma in
quota FI



Quintavalle
Un passato a
destra, scelto
dalla sinistra e
ora verso l'ok
da Rocca alla 1



Mastrobuono
Blindata al Ptv
dal Ministero
nonostante le
perplexità
della Regione



Corradi
Alla guida del
San Giovanni,
vicinissima
all'assessore di
FdI Righini



Cavalli
Al timone della
Roma 5 in quota
Pd ma ritenuta
brava anche
dalle destre



Corsa per il Campidoglio, ci riprova Rampelli

Il retroscena

Campidoglio, Fratelli d'Italia punta su Rampelli candidato

Il capo dei Gabbiani chiede un suo uomo alla direzione Salute e si rafforza l'asse con Meloni in chiave anti-Lollobrigida

Sostanzialmente certa la ricandidatura di Roberto Gualtieri a sindaco di Roma, a destra hanno pensato come sfidante a Fabio Rampelli. «Le sorelle Meloni sono d'accordo e a lui non dispiace», assicurano autorevoli fonti sia di FdI che di Forza Italia. Rimasto fuori dal Governo prima e costretto a farsi da parte poi come aspirante governatore del Lazio, il capo dei Gabbiani di Colle Oppio si preparerebbe così alla sfida per il Campidoglio.

Tanto a destra quanto a sinistra i più considerano quasi scontato il bis di Gualtieri. «Non c'è partita», ripetono sottovoce anche dal fronte sovranista. L'ex mentore di Giorgia Meloni sacrificato nuovamente per il partito? Probabile. E lui da buon soldato non si sottrae. Ma nell'ipotesi della candidatura a sindaco c'è qualcosa di più della sola partita per la guida della Capitale. Alla premier e alla sorella Arianna da tempo pesa la figura del vice presidente della Camera, leader di quella che, seppur nega-

ta, è stata di fatto sinora l'unica vera corrente in FdI, il partito che la presidente del consiglio vuole resti un monolite. Negli ultimi mesi però, in coincidenza anche della rottura del rapporto tra il ministro Francesco Lollobrigida e Arianna Meloni, si sta pian piano facendo largo una terza corrente, quella di "Lollo". Non più solo meloniani e rampelliani. Come dicono diversi esponenti di FdI, ci sono ormai anche «quelli di Lollo», che nel partito è stato sempre un punto di riferimento. Per contenere e allo stesso tempo smontare una terza corrente, tanto la premier quanto la sorella stanno così aprendo sempre più all'ex mentore. E se da una parte c'è l'ipotesi della candidatura a sindaco di Roma, dall'altra ci sono concessioni in vista anche sul fronte della sanità del Lazio.

Rampelli, sostengono più fonti in Regione, non condivide molto alcune scelte della Direzione salute e vorrebbe un suo uomo al posto di Andrea Urbani, manager legatissimo a Francesco Rocca e

componente fondamentale del cerchio magico del governatore. Un cambio alla guida della Direzione sarebbe inoltre condiviso anche da parte del Ministero della salute e, fallito un primo tentativo con un manager rimasto poi alla guida di un'azienda sanitaria, ora c'è chi sta lavorando di nuovo all'obiettivo. Alla vicenda sarebbe inoltre interessato anche un parlamentare con profondi interessi nella sanità regionale e c'è chi giura che così stando le cose Rampelli potrebbe farcela. Presto per dire chi darà scacco matto.

– **cle.pis.**



👤 Vice presidente della Camera
Fabio Rampelli



Sanità Lazio Sindacati contrari al Piano di rientro deliberato da Regione senza consultazione

Il documento, affermano, incide sull'organizzazione della sanità pubblica e sulle condizioni di lavoro di medici e professionisti sanitari; è stato redatto ed approvato senza alcun preventivo confronto

Cecilia Augella

PAGINA

5

NESSUN confronto con le categorie sindacali e i lavoratori

Sanità Lazio: sindacati contro Piano di rientro

Ferma contrarietà dei sindacati dei medici Anaa-Assomed e Federazione Cimo-Fesmed Lazio contro l'adozione del "Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio", deliberato dalla Giunta regionale con evidente violazione delle basilari regole di partecipazione democratica e delle corrette relazioni sindacali". "Il documento - affermano le organizzazioni dei lavoratori - incide profondamente sull'organizzazione della sanità pubblica e sulle condizioni di lavoro dei medici e dei professionisti sanitari; è stato redatto ed approvato senza alcun preventivo confronto con le organizzazioni sindacali rappresentative del settore e, soprattutto, senza consultare le basi lavorative che ne subiranno direttamente le conseguenze - spiega il comunicato. Questa grave omissione costituisce una condotta antidemocratica, in contrasto con i

principi di trasparenza e dialogo che dovrebbero caratterizzare la governance di un settore così cruciale come quello sanitario.

Il paradosso di tutto questo è che il mancato interesse manifestato verso le organizzazioni sindacali nella fase di programmazione va contro le promesse fatte dal Presidente Rocca in campagna elettorale di un maggior coinvolgimento delle stesse: di fatto tali promesse, in poco meno di due anni di governo, si sono rivelate proclami finalizzati per il solo scopo elettorale".

Le criticità principali ravvisate dai sindacati del settore sanitario: esclusione del dialogo sindacale: mancata convocazione delle rappresentanze sindacali per discu-



tere le misure previste nel programma operativo, che includono interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera, piani di assunzione e modifiche organizzative, rappresenta una violazione contrattuale al diritto del corretto svolgimento delle relazioni sindacali. Decisione unilaterale della Regione Lazio che ignora il contributo indispensabile di chi opera quotidianamente nel sistema sanitario e comprende meglio di chiunque altro le criticità presenti nell'organizzazione del SSR. Le reali necessità delle dotazioni organiche del SSR, soprattutto in considerazione dell'implementazione di 30 case della salute esistenti, a tutt'oggi poco performanti, a 156 tra case della salute ed ospedali di comunità grazie ai fondi del

PNRR. Presenza di alcuni non chiari protocolli di intesa con i Policlinici Universitari che si traduce in clinicizzazioni ospedaliere incontrollate, con una preoccupante crescita di Facoltà di Medicina e Chirurgia private, unico caso in tutta Italia, di cui 3 gestite interamente da privati, ma prive di Policlinico di riferimento in cui far crescere gli studenti.

L'attuazione di un piano privo del necessario coinvolgimento delle parti sociali, rischia di peggiorare le condizioni lavorative e compromettere la qualità del servizio sanitario offerto ai cittadini.

Le organizzazioni sindacali: coinvolgimento immediato per la corretta attuazione del programma operativo del piano di rientro; ripristino delle corrette relazioni

sindacali, nel rispetto del diritto alla consultazione e alla contrattazione collettiva. Preventiva trasmissione pubblica dei dettagli del programma operativo a tutte le categorie interessate.

"Riteniamo che la gestione del sistema sanitario regionale non possa essere ridotta a una mera questione burocratica o finanziaria- scrivono i sindacati-, ma debba tenere conto della realtà del lavoro quotidiano nei reparti e dei bisogni di chi garantisce l'assistenza sanitaria. Ignorare queste istanze è un atto irresponsabile che mina la fiducia nelle istituzioni regionali -concludono Anaa-Assomed e la Federazione Cimo-Fesmed".

Ce.Au.

